

Frihet under ansvar eller bare ansvar?

En studie av ansvar og handlingsrom hos førstelinjeledere i spesialisthelsetjenesten.

Vibeke H. K. Handeland
Turid Vetaas

Masteroppgave i
Erfaringsbasert master i helseledelse, kvalitetsforbedring og
helseøkonomi



Universitetet i Bergen
Det medisinsk-odontologiske fakultet
Institutt for global helse og samfunnsmedisin

September 2015

Forord

Arbeidet med denne masteroppgaven har vært veldig lærerikt og inspirerende. Det har vært en krevende prosess, som til tider har skapt fortvilelse, men også glede og entusiasme. Å være to om å gjennomføre et slikt prosjekt har vært en positiv opplevelse. Respekt for hverandres kunnskaper og meninger har gitt oss verdifull erfaring både faglig og personlig.

Gjennom arbeidet med denne studien har vi intervjuet ansvarlige og dyktige førstelinjeledere som både er hardtarbeidende fagfolk og sentrale for at hjulene i helsevesenet skal gå rundt. Etter samtalene med våre respondenter, er det ikke uten grunn at vi sitter igjen med en følelse av stolthet over hva disse lederne representerer. Vi vil først og fremst takke alle våre respondenter som sa seg villig til å delta i vår undersøkelse og satte av tid i en travel arbeidsdag for å snakke med oss.

Vi vil også takke klinikkdirektør ved Klinikk for psykosomatisk medisin ved Haukeland Universitetssykehus, Jan Inge Gauperaa for støtte og tilrettelegging slik at det ble mulig for oss å gjennomføre masterprogrammet. En takk går også til våre kolleger som har hatt forståelse for prosessen og vist interesse for vårt prosjekt.

Deretter vil vi rette en stor takk til våre veiledere førsteamanuensis ved Institutt for global helse og samfunnsmedisin ved Universitet i Bergen, Inger Lise Teig, og førsteamanuensis ved Høgskulen i Sogn og Fjordane, Kjersti Halvorsen. Den støtten og all den kunnskapen vi var heldige å få gjennom inspirerende veiledningstimer, vil være noe vi kommer til å huske tilbake på med glede. Takk Inger Lise og Kjersti!

Til slutt vil vi takke våre familier og venner for tålmodighet, omsorg og for at de hele tiden hjalp oss til å holde motet oppe når det var nødvendig.

Bergen, september 2015

Vibeke H. K. Handeland og Turid Vetaas

*"Jeg tar meg den frihet.
Der ligger hemmeligheten med frihetens vesen.
Man tar seg den.
Ingen gir oss frihet, vi må ta den selv."*

Jens Bjørneboe

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	05
-------------------	----

KAPITTEL 1.0 INNLEDNING

1.1 Utgangspunkt for studiet	07
1.2 Presentasjon av problemstillingen	11
1.2.1 Formål	12
1.2.2 Avgrensning	13
1.3 Annen forskning på området	13
1.4 Oppgavens videre oppbygning	15

KAPITTEL 2.0 TEORI

2.1 Organisasjonen	16
2.1.1 Sykehusorganisasjonen	17
2.2 Ledelse	21
2.2.1 Lederroller	21
2.2.2 Forholdet mellom ledelse og administrasjon	22
2.2.3 Lederens grunnaktiviteter	24
2.3 Leders handlingsrom	25
2.3.1 Ansvar og utøvelse av skjønn	27
2.3.2 Kreativitet	28
2.3.3 Makt og tillit	28

KAPITTEL 3.0 METODE

3.1 Valg av metode	31
3.1.1 Forskningsdesign	32
3.2 Undersøkelsesprosessen	33
3.2.1 Tilgang til forskningsfelt	33
3.2.2 Utarbeiding av intervjuguide	34
3.2.3 Gjennomføring av intervjuene	34
3.2.4 Dataanalyse	36

3.3	Metodekritikk	37
3.3.1	Reliabilitet, validitet og overførbarhet	37
3.3.2	Å forske i egen organisasjon	38
3.3.3	Etiske betraktninger	39

KAPITTEL 4.0 FUNN OG ANALYSE

4.1	”Krav kan være motstridende. Det er en mellomleders helvete.”	40
4.1.1	Personellressurser	41
4.1.2	Korridorpasienter	47
4.1.3	Økonomistyring	50
4.2	”Jeg har valgt å bare være den jeg er, og hente ut de tingene i meg jeg ønsker å forsterke som leder”	55
4.2.1	Helsefaglig forståelse	55
4.2.2	Tillit	59
4.2.3	Oppfinnsomhet	62
4.3	”Den lederstøtten som får meg til å vokse selv som leder, er den som betyr mest for meg.”	64
4.3.1	Kollegastøtte	65
4.3.2	Systemstøtte	67
4.3.3	Delegasjon	68

KAPITTEL 5.0 OPPSUMMERING OG KONKLUSJON

5.1	Forskningsspørsmål	72
5.1.1	Hvordan balanserer førstelinjelederne ansvaret for egen enhet og ansvaret for sykehuset som helhet?	72
5.1.2	Hvilke ferdigheter vektlegger førstelinjelederne når de skal håndtere motstridende krav?	74
5.1.3	Hvilken form for lederstøtte opplever førstelinjelederne som betydningsfull for å ivareta lederansvaret?	76
5.2	Konklusjon	77

Litteraturliste

Vedlegg

Vedlegg 1: Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjekt

Vedlegg 2: Intervjuguide



Erfaringsbasert master i helseledelse, kvalitetsforbedring og helseøkonomi ved Universitetet i Bergen

Oppgavens tittel og undertittel Frihet under ansvar eller bare ansvar? En studie om ansvar og handlingsrom hos førstelinjeledere i spesialisthelsetjenesten.				
Forfattere Vibeke H.K. Handeland og Turid Vetaas				
Forfatterens stilling og arbeidssted Seksjonsleder ved Seksjon for alderspsykiatri og assisterende klinikkdirektør ved Klinikk for Psykosomatisk medisin, Haukeland Universitetssykehus				
Dato for godkjenning av oppgaven		Veiledere Førsteamanuensis ved Institutt for global helse og samfunnsmedisin ved Universitet i Bergen, Inger Lise Teig Førsteamanuensis ved Høgskulen i Sogn og Fjordane, Kjersti Halvorsen		
Antall sider 78	Språk oppgave Norsk	Språk sammendrag Norsk	ISSN-nummer	ISBN-nummer
<p>Sammendrag</p> <p>Bakgrunn: Etter innføring av enhetlig ledelse har førstelinjelederne fått overført mer ansvar og oppgaver enn de hadde tidligere. Førstelinjelederne er de lederne i helsevesenet som har det største kontrollspennet, og personal-, fag-, og økonomiansvaret er omfattende. I dokumentet ”Sykehusreformen – noen eierperspektiv” peker Helsedepartementet på hvor viktig det er å utvikle lederroller som tar et helhetlig ansvar, og å sørge for at de disponible ressursene brukes på en slik måte at de kommer pasientene og andre brukere best mulig til gode. Dette stiller krav til lederens evne til å inneha et selvstendig ansvar og samtidig medvirke til helhetlig gode løsninger.</p> <p>Hensikt: Studien ønsker å belyse hvordan førstelinjeledere opplever sitt handlingsrom når de skal imøtekomme kravene om å være ansvarlig og helhetstenkende, og i hvilken grad de anser sitt ansvarsområde til å gjelde organisasjonen som helhet.</p> <p>Materiale: Utvalget består av førstelinjeledere i spesialisthelsetjenesten. Vi har gjennomført en tverrsnittsundersøkelse og intervjuet ni respondenter ved to ulike organisasjoner. Enhetene de leder er ulike både med tanke på størrelsen av kontrollspenn og funksjon. Respondentene har også ulik ledelseserfaring, bakgrunn og utdanning.</p> <p>Metode: Prosjektet er basert på den kvalitative metode med en delvis strukturert tilnærming. Vi har benyttet et intensivt forskningsdesign med fenomenologisk tilnærming.</p> <p>Resultat: Førstelinjelederne tar et helhetlig ansvar for organisasjonens ressurser og har handlingsrom. De bidrar med personell til andre enheter dersom det er uforutsett fravær eller stor belastning ved andre enheter, og tar imot pasienter fra andre enheter for å unngå korridorpasienter. Førstelinjelederne er lojale til enhetens økonomiske rammer, men er ikke opptatt av andre enheters økonomi når de tar kostnadsdrivende beslutninger. Det som gir lederne handlingsrom er tillit, kreativitet, lojalitet til pasienter og helsefaglig kunnskap. Kollegastøtte fra ledere på samme nivå er av størst betydning, men støtte fra over- og underordnede er også sentralt. Lederstøtte i form av supporttjenester knyttet til styringssystemer og delegering av oppgaver er viktig.</p> <p>Konklusjon: Førstelinjelederne har et økonomisk-administrativt perspektiv, men lojaliteten til pasienten og tjenestene som skal leveres er det som veier tyngst. Dette to-veis vinduet påvirker tilliten lederne har i organisasjonen, og har betydning for handlingsrommet.</p> <p>Nøkkelord Handlingsrom, krav, ansvar, helseledelse, førstelinjeledere</p>				



Dissertation submitted for the degree of Master in Health Management, Quality Improvement and Health Economics in The University of Bergen

Title and subtitle of the dissertation Freedom with responsibility or just responsibility? A study on the responsibility and scope for action for first-line managers in the specialist health services.				
Authors Vibeke H. K. Handeland og Turid Vetaas				
Author's position and address Ward manager at the Geriatric Psychiatry Unit and assisting clinicdirector at the Clinic for Psychosomatic Medicine, Haukeland University Hospital				
Date of approval		Supervisors Associate Professor at The Department of Global Public Health and Primary Care, Inger Lise Teig Associate Professor at Sogn og Fjordane University College, Kjersti Halvorsen		
Number of pages 78	Language dissertation Norwegian	Language abstract English	ISSN-number	ISBN-number
<p>Background: Following the introduction of unified leadership have first-line managers had transferred more responsibilities and duties than they had previously. First-line managers are the leaders in healthcare who have the greatest control range, and human resources-, vocational- and financial responsibilities are extensive. In the document "Sykehusreformen – noen eierperspektiv" points the Ministry of Health on how important it is to develop leadership roles that take complete responsibility, and to ensure that the available resources are used in such a way that patients and other users get maximum benefit. This requires the leader's ability to hold an independent responsibility and simultaneously contribute to holistic solutions.</p> <p>Purpose: The study is intended to clarify how the first-line managers perceive their scope for action when they meet the requirement of being responsible and having a holistic approach, and the extent to which they consider the responsibility to apply to the organization as a whole.</p> <p>Material: The respondents are first line managers in the Norwegian specialist health care services. We carried out a cross-sectional survey and interviewed nine respondents at two different organizations. The units they manage are different, both in terms of the size of span of control and function. The respondents also have different management experience, background and education.</p> <p>Method: The project is based on the qualitative method with a partially structured approach. We have an intensive research design with a phenomenological approach.</p> <p>Results: The study confirms that the first-line managers take on an overall responsibility for the organization's resources and has scope for action. They contribute personnel if there are unforeseen absence or great strain on other units, and receive patients from other units to prevent corridor-patients. First-line managers are loyal to the unit's budget, however, they are not concerned with other units' finances when they take cost-driving decisions. We found that what is giving managers scope for action is trust, creativity, loyalty to patients and healthcare knowledge. The study shows that colleague support from managers at the same level is of primary importance, but support from their managers and subordinates are important too. Leader support in the form of management systems and delegation of tasks is also significant.</p> <p>Conclusion: First-line managers have a financial and administrative perspective, but it is loyalty to the patient and quality of the healthcare-services that is most emphasized. This two-way window affects confidence in leaders of the organization, and has significance for the scoop for action.</p>				
Key word Scope for action, requirements, responsibility, health management, first-line managers				

KAPITTEL 1.0 INNLEDNING

Etter innføring av enhetlig ledelse har førstelinjelederne fått overført mer ansvar og oppgaver enn de hadde tidligere. Studien vår tar for seg hvordan lederne beskriver sitt ansvar og sin lederrolle i forhold til egen enhet og sykehuset som helhet, og hva de ønsker av lederstøtte. Førstelinjelederne er de lederne i helsevesenet som har det største kontrollspennet, og personal-, fag-, og økonomiansvaret er omfattende. I dette prosjektet har vi undersøkt hvordan førstelinjeledere opplever sitt handlingsrom, fordi handlingsrom er nødvendig for at ledere skal kunne ta beslutninger. Vår antagelse er at den enkelte leders oppfatning av egen lederrolle - og hva hun spesielt er opptatt av som leder - vil ha betydning for hvordan handlingsrommet tolkes. Det stilles krav til helhetlig ledelse og at ledere er samarbeidsorienterte. Dette medfører at ledere må forholde seg til at de også har et ansvar som strekker seg ut over egen enhet. Ledere må ofte balansere mellom krav og behov i egen enhet, behov i organisasjonen som helhet og krav som eksterne samarbeidspartnere stiller. Vi har sett på hvordan handlingsrommet ledere opplever å ha, preger måten de håndterer disse motstridende forventningene.

1.1 Utgangspunkt for studiet

I perioden 1997-2002 ble flere omfattende reformer innført i primær- og spesialisthelsetjenesten. NOU 1997: 2 «Pasienten først»¹ tok for seg ledelse og organisering i sykehus, og påpekte at ledelsesaktivitetene må være lederens hovedfunksjon og prioriteres foran andre oppgaver som lederen heller vil gjøre. Norske sykehus har hatt en sterk tradisjon for fagbasert ledelse, og det var vanlig med det en betegnet som ”to-delt enhetlig ledelse” der ansvaret typisk var delt mellom en avdelingsoverlege og en oversykepleier. Sykehusene hadde en faglig ledelse, der den faglig dyktigste ble utpekt som leder. En viktig kvalifikasjon var evnen til å opptre i pakt med vitenskapelige ideal. Hovedproblemet med en todelt enhetlig ledelsesstruktur var at den kunne føre til ansvarsfraskrivelse gjennom at ingen eide det helhetlige ansvaret for den totale driften (Byrkjeflot, 1999). Man ville gjøre sykehusorganisasjonen mer styrbar ved å skape en ny type lederrolle som ikke bare skulle være fundert i de tradisjonelle helsefagene. Med innføring av enhetlig ledelse ble tradisjonen med å sette faglig aktivitet øverst på dagsorden sterkt utfordret. Det ble påpekt at

¹ NOU 1997:2 Pasienten først <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/nouer/1997/nou-1997-2/11/4/6.html?id=342910>

«Arbeidet for pasienten krever samarbeid mellom mange medarbeidere, ofte med ulike kompetanse. Kvaliteten på ledelsesfunksjonen har stor betydning for at dette samarbeidet fungerer». (NOU 1997: 2/s.124)¹

Det ble slått fast at den som skulle lede en sykehusavdeling måtte ha relevant ledererfaring og innsikt i det området lederen hadde ansvaret for. I dokumentet ”Sykehusreformen – noen eierperspektiv”² peker Helsedepartementet på hvor viktig det er å utvikle lederroller som tar et helhetlig ansvar, og å sørge for at de disponible ressursene brukes på en slik måte at de kommer pasientene og andre brukere best mulig til gode. Dette stiller krav til lederens evne til å inneha et selvstendig ansvar og samtidig medvirke til helhetlig gode løsninger. Enhetlig ledelse ble innført fra 1. januar 2001 da Stortinget innførte lovkrav om at det skal være enhetlig ledelse på alle nivå i norske sykehus. Det totale ansvaret for hver resultatenhet skulle ligge på én person. Det var sykehusets ansvar å lage rammebetingelser for lederstillinger som bekreftet og understøttet oppfatningen om at det skulle være en ansvarlig leder. Rollen for førstelinjelederne endret seg, oversykepleierne ble fjernet, og førstelinjelederen fikk en posisjon med stor arbeidsbelastning (Sveri, 2004).

Sosial og Helsedepartementet nedsatte i 1998 et utvalg for å utrede tilknytningsformer for offentlige sykehus, som ble presentert i NOU 1999 «Hvor nært skal det være?».³

I praksis dreide dette seg om en utredning av både dagens tilknytningsformer og av ulike alternative organisasjons- eller tilknytningsformer for sykehusene. Det ble reist spørsmål om dagens tilknytningsformer burde videreføres, og om det eventuelt burde gjøres endringer i modellene eller i praktiseringen av dem. I 2002 ble det så gjennomført en reform som innebar organisatoriske endringer i spesialisthelsetjenesten. Foretaksreformen besto av to hovedelementer. Sykehusene ble forvandlet fra forvaltningsorganer til fristilte foretak, og staten overtok eierskapet. Ansvaret for driften av spesialisthelsetjenestene ble overført fra fylkeskommunene til fem regionale helseforetak, som fikk ansvaret for å tilby befolkningen i deres helseregion nødvendige helsetjenester. I 2007 ble Helse Sør og Helse Øst slått sammen til Helse Sør-Øst, slik at det nå er fire regionale helseforetak. De viktigste målsettingene med foretaksreformen var å øke aktiviteten og få en mer effektiv ressursbruk. Reformen skulle gi en klarere ansvars- og rollefordeling med hensyn til overordnet ledelse og driften av sykehusene. Foretaksreformen innebar en form for desentralisering av

² Sykehusreformen- noen eierperspektiv <http://www.sykehusplan.org/data/sykehusreformen.pdf>

³ Hvor nært skal det være <https://www.regjeringen.no/contentassets/a8959adf42204849aee839d402ba0616/no/pdfa/nou199919990015000dddpdfa.pdf>

beslutningsmyndigheten som igjen skulle bidra til mindre byråkrati, bedre omstillingsevne og bedre brukerorientering (Lian, 2007).

Relasjonene mellom organisasjonen og profesjonene endret seg både for privat og offentlig sektor. Mye har dreid seg om nye former for markedsstyring, og disse forandringene er ofte blitt kalt New Public Management (NPM). Det var loven om helseforetak som la grunnlaget for etableringen av helseforetakene. Foretaksreformen var bygget på styringsformer fra privat sektor. NPM er et stadig mer sentralt begrep, og er i stor grad en samlebetegnelse for et sett av ideer, teorier og modeller som kan legges til grunn for styring og organisering av offentlig sektor. NPM må forstås som en kritikk, eller reaksjon mot tidligere organisasjonsformer i sektoren. Offentlig sektor har vært for stor, for lite effektiv, for regelbundet og for lite fleksibel. Byråkratimodellen har blitt kritisert fordi rigide, hierarkiske organisasjonsstrukturer kan hemme kreativitet, fleksibilitet og innovasjon. Systemer som er basert på regler og rutiner er sårbare for målforskyvninger og ansvarsfraskrivelser. Det offentlige er i økende grad blitt stilt overfor skjerpede krav om effektivitet, fleksibilitet og målrettethet (Mørk, 2011).

Hovedpoengene i New Public Management er:

- *”Det er resultatorientert*
- *Man skal ha klare målsettinger og resultatkrav*
- *Store organisasjoner bør deles opp i mindre enheter som har definerte oppgaver*
- *Det bør være konkurranse mellom offentlige tilbydere av tjenester for å skape forbedring av tjenester til lavere kostnader*
- *Offentlig sektor må unngå sløsing av ressurser og drive så effektivt som mulig*
- *Ledere bør ha reell makt over hvordan organisasjonen innretter seg, og de bør stå personlig ansvarlige for resultatene*
- *Offentlig sektor bør utvikle nye teorier og verktøy for å kunne drive god styring og ledelse”* (Lian, 2007:28)

Innføring av enhetlig ledelse har tydelig sammenheng med den påvirkningen NPM har hatt på det norske helsevesen. Christensen og Lægreid (2002) trekker fram profesjonell ledelse som et av de sentrale elementene med reformen. Dette påpekes også i artikkelen ”Både hierarkisk styring og nettverk – En studie av utviklingen i styringen av norske sykehus” (Byrkjeflot, 2013). Denne rolleendringen gir organisasjonen store utfordringer. Ved profesjonell ledelse

ser en ledelse som et fag, der det å utvikle strategier, mestre endringer og kunne foreta tilpassing i organisasjonen er viktigere enn faglig kompetanse. Det påpekes at det ofte er vanskelig med rolleendring i offentlig virksomhet, på grunn av at rollene blir endret og utøvd i et komplisert samspill mellom individuelle faktorer, organisasjonsforhold, kulturelle faktorer og reformtiltak (Naustdal, 2008).

Helse- og omsorgsdepartementet ga gjennom foretaksprotokollene 2011 de fire regionale helseforetakene i oppdrag å fastsette og forankre en nasjonal plattform for ledelse i helseforetakene. Rapporten «Nasjonal plattform for ledelse av helseforetak»⁴ var ferdig i 2012. Grunnlaget for rapporten var omfattende dialogaktiviteter med ledere over hele landet, og den skisserer hovedelementene i utfordringsbildet slik:

- *”Å levere en tjeneste med god kvalitet innen gitte rammer*
 - *Å forme en helhetlig tjeneste ut fra pasientens behov*
 - *Å skape tillit i befolkningen”*
- («Nasjonal plattform for ledelse av helseforetak», 2012:21)⁴

Disse utfordringene krever at lederne har evne til systematisk tilnærming og god forståelse for helheten. I rapporten påpekes det at en forutsetning for å lykkes er at ledere har endrings- og samhandlingskompetanse, og det vektlegges at ledere må ha vilje til å lede. Plattformen fremsetter blant annet krav om at ledere skal være ansvarlige og helhetstenkende. Det å være samarbeidsorientert er en utdyping av dette, og er knyttet til grunninnstilling og perspektiv på ledelse. Videre fremsettes det krav om å være endringsvillig og handlekraftig, som kan presiseres ved at leder skal være gjennomføringsdyktig og mål- og resultatrettet. Andre krav er at ledere skal være kommuniserende og inspirerende, som utdypes ved leders kunnskap om og evne til involvering.

Den nasjonale plattformen sier at ledere trenger lederutvikling, lederstøtte og styringsinformasjon som gjør det mulig å drive systematisk forbedringsarbeid. Systematisk lederutvikling og trening på alle nivåer er viktig, både for den enkelte leder og for ledergrupper. I tillegg til å imøtekomme utfordringene som skisseres i rapporten, kommer krav ledere får fra dem de leder, dem de blir ledet av og krav de stiller til seg selv. Det er ikke nødvendigvis slik at kravene er sammenfallende, og de kan til tider oppleves å være

⁴ Nasjonal plattform for ledelse av helseforetak <http://www.helse-midt.no/no/HF/DIV/Nasjonal-Ledelsesutvikling/Nasjonal-plattform-for-ledelse/115569/>

motstridende, noe som også kan påvirke lederne opplevde handlingsrom. Spekter var oppdragsgiver for en rapport gjennomført av Fafo: ”Ti år etter -Ledelse, ansvar og samarbeid i norske sykehus”⁵ som ønsket å belyse om reformen har ført til rolleavklaring og myndiggjøring av ledere, og om den har gitt ledere større handlingsrom. De gjennomførte i 2012 en spørreundersøkelse blant ledere i norske sykehus om hvorvidt de mente at helseforetaksreformen var vellykket. To av tre toppledere sa de var ganske eller helt enig i at reformen hadde vært vellykket. På de neste to ledernivåene, var det rundt tre av ti avdelingsledere som anså reformen som vellykket, mens bare to av ti førstelinjeledere uttrykte dette. Undersøkelsen viste at det var førstelinjelederne som opplevde foretaksreformen som minst vellykket. Leder i Spekter, Anne-Kari Bratten, sa på Helsekonferansen i 2013 at reformene har bidratt til økonomisk kontroll, betydelig opprydding i ansvar og kraftig økning i antall behandlinger og konsultasjoner.⁶ Utgangspunktet for vår studie er at reformene som er gjennomført i helsesektoren har fått store konsekvenser for førstelinjeledernes arbeidssituasjon.

1.2 Presentasjon av problemstillingen

Det er åpenbart at førstelinjelederne har en sentral rolle i sykehusene. At lederne tar ansvar og at de har de rammebetingelsene som er nødvendig påpekes i rundskriv fra Helse- og omsorgsdepartementet:

”Sykehusets hovedoppgaver er å yte god pasientbehandling, utdanne helsepersonell, forskning og opplæring av pasienter og pårørende, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 3-8. Det er ledelsens ansvar å sørge for at alle deler av virksomheten er rettet inn mot å ivareta disse oppgavene på en god måte innenfor de rammer som er gitt. Det er avgjørende at ledere på alle nivåer - fra førstelinjeleder til øverste leder - tar dette ansvaret.

Førstelinjelederen vil i praksis utøve lederoppgaver som er sentrale for å sikre god pasientbehandling. Det er derfor viktig at virksomheten organiseres slik at denne lederen får rammebetingelser som gjør det mulig å ivareta sine oppgaver på en god måte.

Systematisk kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid er et ansvar for ledere på alle nivåer i tjenesten. Arbeidet skal forankres hos og etterspørres av toppledelsen, men spesielt ledere

⁵ Fafo: ti år etter-Ledelse, ansvar og samarbeid i norske sykehus http://www.fafo.no/media/com_netsukii/20284.pdf

⁶ A.K. Bratten, Helsekonferansen i 2013 <http://spekter.no/Aspekter/Aspekter-mai-2013/Viktig-at-helselederne-lykkes/>

som arbeider nær pasienten har en nøkkelrolle. Dette er tydeliggjort i Meld. St. 10 (2012-2013) God kvalitet – trygge tjenester.” (Rundskriv I-2/2013:1) ⁷

I kronikken ”Mellomlederen - den undervurderte endringsagenten” skriver Paulsen (2009) at mellomledernes betydning er sterkt undervurdert i et arbeidsliv preget av en kontinuerlig strøm av endringer. Han skriver at innflytelsen fra mellomlederne er sterkere enn fra toppledelsen både når medarbeidere skal foreta jobbrelaterte valg, og i forhold til reformer og gjennomføring av endringer. Førstelinjelederne er de lederne som befinner seg nederst i hierarkiet, og står i en særegen situasjon. De kan oppfatte seg som både leder og kollega, og motta motstridende forventninger fra ansatte og overordnede (Høst, 2014). Med utgangspunkt i dette, og den nøkkelrollen førstelinjelederen har for å sikre god pasientbehandling, vil vi gjennom vår studie belyse hvordan førstelinjeledere i spesialisthelsetjenesten opplever sitt handlingsrom og vi har valgt følgende problemstilling:

Hvordan opplever førstelinjelederne sitt handlingsrom når de skal imøtekomme kravene om å være ansvarlig og helhetstenkende, og i hvilken grad anser de sitt ansvarsområde til å gjelde organisasjonen som helhet?

For å belyse dette har vi tatt utgangspunkt i følgende forskningsspørsmål:

1. Hvordan balanserer førstelinjelederne ansvaret for egen enhet og ansvaret for sykehuset som helhet?
2. Hvilke ferdigheter vektlegger førstelinjelederne når de skal håndtere motstridende krav?
3. Hvilken form for lederstøtte opplever førstelinjelederne som betydningsfull for å ivareta lederansvaret?

1.2.1 Formål

Det stilles krav til ledere fra mange ulike hold, og det finnes et utall rutiner, systemer og rammer som regulerer lederens hverdag. Vi ønsker å synliggjøre førstelinjelederes handlingsrom fordi handlingsrom er nødvendig å ha for å kunne lede. Vi håper at våre respondenters beskrivelse av hvordan de tar ansvar og hva de sier om hvilken lederstøtte som er viktig for dem, kan danne et grunnlag for ideer til utviklings- og veiledningsprogrammer

⁷ Meld. St. 10 (2012-2013) God kvalitet – trygge tjenester.” <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/rundskriv-i-2013/id728043/>

for førstelinjeledere. Vi håper også undersøkelsen kan inspirere til diskusjoner omkring ledelse i spesialisthelsetjenesten for å medvirke til at forholdene legges til rette for førstelinjeledere. For å være leder må man ha et ønske om og en vilje til å være leder, og vi håper at noen ved å lese denne masteroppgaven kan bli inspirert til å se for seg en fremtid som leder.

1.2.2 Avgrensning

Vi ønsker å se på førstelinjelederens opplevde handlingsrom. Enhetene de leder er svært ulike både med tanke på størrelsen av kontrollspenn og funksjon. Respondentene har også ulik ledelseserfaring, bakgrunn og utdanning. Det subjektive handlingsrom vil være påvirket av personlighetstrekk ved den enkelte leder. Leders individuelle ferdigheter er avgjørende for hvordan vedkommende fortolker sine rollekrav, og erfaring og kunnskap vil være avgjørende. Disse individuelle kjennetegnene vil også påvirke hvordan lederen utøver ledelsesatferd (Høst, 2014). Dette er elementer som vil påvirke ledernes opplevelse og tolkning av det handlingsrom de har. Vi velger å ikke drøfte disse parameterne eller å trekke sammenligninger da dette ville blitt for omfattende. I tillegg avgrenser vi prosjektet ved å ta utgangspunkt i den enkelte leders her og nå beskrivelse av sine holdninger, meninger og erfaringer. Vi har valgt å utelate forhold som inngår i lederens ansvar rettet mot eksterne samarbeidspartnere, selv om dette også er en del av lederens totalansvar. I vår analyse har vi tatt utgangspunkt i det respondentene sier om krav, ansvar og lederstøtte. Vi har ikke tatt stilling til hvorvidt ledernes handlingsrom er optimalt eller ikke.

1.3 Annen forskning på området

For å finne noe av det som er gjort av studier på handlingsrom for ledere i helsetjenesten tidligere, gjorde vi et søk i biblioteksystemet Bibsys Ask.

Håkaby (2012) har gjort en studie som ser på om overordnede føringer om verdibasert ledelse påvirker seksjonssykepleiernes handlingsrom. Hun har i sin studie vektlagt relasjonen mellom seksjonssykepleier og medarbeidere. Hun fant at selv om det var tydelige føringer om at verdibasert ledelse skulle innføres ved den undersøkte organisasjonen, hadde likevel de ulike klinikkene den siste avgjørelsen om det faktisk ble innført. Seksjonssykepleiere i klinikker uten verdibasert ledelse, erfarte at de ikke fikk medvirke og påvirke beslutninger, men at de kun fikk informasjon om hva som var bestemt. De uttrykte at de hadde et trangt handlingsrom. Hun fant at alle seksjonssykepleierne var opptatt av å ha gode relasjoner til

medarbeiderne, og at det virket som verdibasert ledelse førte til et mer bevisst forhold til hvordan man oppnådde gode relasjoner.

Hoem (2011) ønsket å finne hvilket handlingsrom mellomledere i spesialisthelsetjenesten erfarte å ha, hva de mente om sitt ansvar i lederrollen og om sine valgmuligheter. Hennes studie tydet på at enhetsledernes valgmuligheter var begrenset av i hvilken grad de ble involvert og fikk muligheter til å påvirke i utviklings- og endringsprosesser i organisasjonen, og hvordan lederne vektla funksjonene i sin rolle. Respondentene erfarte at de derfor hadde begrenset handlingsrom, men at de i større grad hadde handlingsrom i fagutviklingsarbeid.

Espedal og Kvitastein (2012) hevder at handlingsrom er en nødvendig betingelse for at ledere kan være organisasjonsmessige endringsagenter i forhold til krav og utfordringer. Funn fra deres spørreskjemaundersøkelse viste at det var en klar og signifikant sammenheng mellom handlingsrom og læring, og at handlingsrom skapte indre motivasjon for kunnskapsdeling, som igjen påvirket organisasjonsmessig læring. Det å være endringsagent innebærer at ledere har makt eller innflytelse til å kunne påvirke og forme organisasjonens utvikling. Funn fra intervjuundersøkelsen deres viste imidlertid at makt synes å være en faktor som reduserer lederens handlingsrom. En leder som endringsagent trenger både handlingsrom og innflytelse, men det synes å være vanskelig for en leder å ha handlingsrom og makt samtidig. Espedal og Kvitastein framstiller handlingsrom som en faktor som gir ledere endringskapasitet eller evne til å fatte endringsrelaterte valg og mulighet til å gjennomføre endringene. Denne artikkelen viste imidlertid at antagelsene som ligger til grunn for handlingsrom, kan være problematiske. Ledere som endringsagenter må derfor nøye vurdere hvilken situasjon eller endringsfase de står overfor. I en tidlig fase der det er behov for å utvikle kunnskap, vil stort handlingsrom være av stor betydning, mens i en senere fase der det er behov for å gjennomføre valg, kan makt være viktigere enn autonomi. Endringskapasitet innebærer derfor at ledere har evne til å utvikle fleksibilitet innenfor sitt handlingsrom (Espedal, 2012).

Handlingsrom er et tema som omtales i forhold til mange ulike områder. Oppsummert ser vi at de funn vi her har trukket frem, avdekker at opplevd handlingsrom er varierende avhengig blant annet av tema og kontekst.

1.4 Oppgavens videre oppbygning

I kapittel 2 presenteres teori som belyser våre forskningsspørsmål, og som er oppgavens referanseramme. Hvilken type organisasjon lederne i undersøkelsen arbeider i, og hva som er spesielt ved sykehusorganisasjoner er et viktig bakteppe når ledelse diskuteres. Vi har valgt å ta utgangspunkt i Mintzbergs tre hovedkategorier av hva lederrollen består av, samt Yukls klassifikasjonsmodell som beskriver lederes 14 grunnaktiviteter, for å synliggjøre omfanget av lederrollen og hvilke oppgaver en leders hverdag består av. For å kunne ivareta disse oppgavene er det nødvendig for ledere å ha en viss grad av handlefrihet. Vi belyser begrepet handlingsrom, og presenterer Stewarts modell for handlingsrom.

Kapittel 3 beskriver metoden som er benyttet for innsamlingen av våre empiriske data. Vi redegjør for valg av forskningsdesign, utvalg, datainnsamling og dataanalyse. Oppgavens validitet og reliabilitet er også beskrevet her.

Kapittel 4 presenterer en analyse av data som fremkom i de kvalitative intervjuene, som diskuteres opp mot den teoretiske referanserammen.

I kapittel 5 besvarer vi de tre forskningsspørsmålene og gir en oppsummering av de viktigste funnene. Oppgaven avsluttes med noen betraktninger knyttet til områder som kan være aktuell for videre forskning.

KAPITTEL 2.0 TEORI

For å forstå ledelse må den ses i sammenheng med den organisatoriske konteksten den utøves i. I dagligtalen omtaler vi gjerne en bedrift eller et sykehus som en organisasjon.

Betydningen av lederskap avhenger blant annet av hvilken type organisasjon det er snakk om. Førstelinjeledernes opplevelse av handlingsrom har sitt utgangspunkt i selve lederrollen og de funksjoner den rommer.

2.1 Organisasjonen

Deltagerne i en organisasjon har felles mål og oppgaver, og det må eksistere retningslinjer, rutiner og prosedyrer som samordner arbeidet slik at de felles målene kan realiseres. En organisasjon kan defineres slik:

”En organisasjon er et sosialt system som er bevisst konstruert for å løse spesielle oppgaver og løse bestemte mål” (Jakobsen, 2002:18)

Definisjonen viser til at organisasjoner består av mennesker som samhandler og relasjoner som er etablert mellom mennesker. De har inngått kontrakter som gjør at de samlet utgjør et sosialt system der man samarbeider for å realisere bestemte mål. For å opprettholde virksomheten er organisasjoner avhengig av ressurser fra omgivelsene. Enhver organisasjon vil være avhengig av å samarbeide med andre organisasjoner for å skaffe tilgang på de ressurser organisasjonen er avhengig av, blant annet råvarer, kapital og arbeidskraft. Organisasjonen er også avhengig av at det finnes noen i omgivelsene som har nytte av det organisasjonen produserer, for slik å kunne opprettholde virksomheten (Jakobsen, 2002).

Oppgaveløsning er sentralt i alle organisasjoner, og det er vanligvis et ønske om at dette gjøres på beste måte med minst mulig bruk av ressurser. Man trenger flere mennesker som arbeider sammen på en strukturert måte for å løse oppgavene. Organisasjoner setter også fremtidige mål for hva de ønsker å oppnå, samtidig som de løser oppgavene og arbeider for å realisere mer kortsiktige mål. For å løse oppgavene på best mulig måte, må organisasjonene være bevisst konstruert og utformet. Det settes mål, strategier utarbeides og oppgaver fordeles til ulike avdelinger, og det må lages et mønster av ansvarsforhold slik at det klart fremkommer hvem som skal gjøre hva. Det etableres også uformelle retningslinjer og regler i organisasjonen som sier noe om hva man mener er akseptabelt å gjøre. Mål, strategier og

organisasjonsstruktur legger begrensninger og retningslinjer for de ansattes handlefrihet. Det forventes at man arbeider mot å nå organisasjonens oppsatte mål, og at oppgaver blir prioritert i tråd med strategien. De ansatte må opptre slik stillingsinstruksen sier, og oppgavene må utføres slik det forventes. Organisasjonsteoretikeren Ouchi (i Pettersen, 2008) sier det bare er to forhold som kan måles og dermed knyttes opp til oppnåelse av organisasjonens målsetting: Det ene er aktørenes adferd- hvordan aktørene i organisasjonen utfører handlingene, og det andre er resultatene av aktørenes adferd - det de får ut av handlingene. For å kunne styre en organisasjon må man derfor fokusere på adferd eller resultat. Dette krever at man har en forståelse av hvordan handlinger skal utføres for å nå målsettingen. Adferdsstyring gjennomføres ved å sette opp normer og regler for hvordan ting skal gjøres, og det forventes at den ønskede effekt oppnås. Alternativet til adferdsstyring er resultatstyring. Denne styringsformen krever resultatmål, altså konkrete uttrykk for resultatet. Resultatindikatorene er blant annet et uttrykk for dette (Pettersen, 2008).

Den viktigste grunnen til å være medlem i en organisasjon er at man får tilgang til de ressursene organisasjonen har. Dette kan være materielle ressurser som for eksempel bygninger og ulike former for utstyr. Det kan også være symbolske ressurser som for eksempel organisasjonens navn og rykte, status eller andre medlemmers handlinger og kompetanse. Samarbeid skaper kollektive ressurser noe som gir muligheter til å oppnå mer enn hva enkeltmennesker kan oppnå hver for seg. Medlemmenes makt i organisasjonen er avhengig av i hvilken grad de har ressurser som organisasjonen har behov for. Det er gjennom enkeltmedlemmene at tradisjoner og kulturer, rutiner samt mye av kompetansen blir opprettholdt og videreført. Dersom samtlige medlemmer av en organisasjon byttes ut samtidig, vil dette gå tapt. Profesjonelt arbeid er styrt av både profesjonelle, organisasjonsmessige regler og av ressurser i en uoversiktlig blanding (Molander, 2008).

2.1.1 Sykehusorganisasjonen

En sykehusorganisasjon kommer inn under det Mintzberg (i Høst, 2014) kaller fagbyråkratiet. I en sykehusorganisasjon består den operative kjerne av det personalet som utfører tjenestene som er direkte rettet mot brukere og pasienter. Toppleidelsen er sykehusdirektøren og hans ledergruppe, og mellomledelsen vil blant annet være avdelingsledere som avdelingsoverleger, avdelingssykepleiere, sjefsradiografer og ledere for laboratorier. Sykehusets teknostruktur vil typisk være sykehusets personal- og organisasjonsavdeling, kvalitets-, forsknings- og økonomiavdeling. Det er spesialister og analytikere som standardiserer, inspiserer og måler

resultater og prosesser. De inngår ikke direkte i selve produksjonen, men påvirker den gjennom utforming av planer, opplæring og rutiner innenfor disse områdene. Eksempler på støttestrukturen i en sykehusorganisasjon vil blant annet være kantinepersonell, renholdspersonell, medisinsk-teknisk personell og merkantilt personell. Støttestabene er ikke involvert i produksjonen men utfører oppgaver som støtter og letter de øvriges arbeid. Nøkkelpersonellet i fagbyråkratiet er den operative kjerne. De ansatte har høy utdanning og stor autonomi innenfor sitt faglige arbeidsfelt. Koordineringen innenfor fagbyråkratiet baseres på standardisering av kompetansen, som først og fremst er tilegnet gjennom formell utdanning innenfor universiteter og høyskoler. Profesjonsforbund med kunnskapsoppdatering og yrkesetiske retningslinjer kommer i tillegg. Oppgavene man skal løse kan være så komplekse, at de kun kan løses ved bruk av profesjonelt skjønn. De ansatte er spesialister innenfor sitt fagfelt, noe som gir dem betraktelig autonomi over arbeidet de utfører. Arbeidet er for komplisert til at andre kan fortelle fagfolkene hvordan de skal gjøre jobben sin. På grunn av dette er det mye makt i den operative kjerne, men ledere i fagbyråkratiet har mulighet til å påvirke operatørene. Ledere bruker mye tid på å håndtere ulike former for forstyrrelser eller konflikter i organisasjonen. Eksempler på dette kan være konflikter som har å gjøre med de ulike faggruppens revierområder. Ledere er opptatt med å forhandle mellom de ulike profesjonene, og dette kan være en kilde til makt. Ledere har også nøkkeloppgaver som grensepersoner i organisasjonen. De har kontakt med de bevilgende myndigheter, andre organisasjoner og enheter man samarbeider med. Mintzberg understreker at høyt utdannede profesjonelle ikke kan kommanderes, de må overtales med argumenter (Høst, 2014). Ekspertorganisasjoner i offentlig virksomhet er innkapslet i, eller må ta styringssignaler fra byråkratisk pregede organisasjoner. Dette skaper spesielle utfordringer for ledere i ekspertorganisasjoner fordi byråkratilederen kan formelt ha høyere rang, men savner ofte faglig legitimitet hos ekspertene. Det som kjennetegner et fagbyråkrati er følgende:

- *”De har et lavt hierarki*
- *De er arenaer for fagspesialisering og fagautonomi*
- *De behandler komplekse problemer og er orientert mot løsninger for eksterne parter*
- *Medlemmene har stor autonomi i sin yrkesutøvelse”* (Strand, 2010: 270)

Hovedkravet til ledere i en byråkratisk organisasjon er ivaretagelse av organisasjonens rutinemessige virksomheter og å hindre uønskede hendelser og avvik. Lederne må kjenne

rutiner og prosedyrer slik at de kan vurdere om rutinene er i samsvar med de overordnede prinsipper og direktiver. De må kunne vurdere om endringer av rutiner, eller utarbeidelse av nye rutiner er nødvendig. Den byråkratiske lederen har stor autoritet, men forholdsvis lite spillerom fordi reglene setter klare grenser for hva som kan bestemmes. Autoritetsgrunnlaget er selve stillingen og hvilken posisjon den har i hierarkiet. Den enkleste formen for ledelse består i å finslippe de eksisterende reglene og bruken av dem. Men alt kan ikke dekkes av et slikt regelsystem, og ledelsen må i større eller mindre grad være aktiv med å produsere tolkninger av reglene. Situasjoner som krever en kombinasjon av flere regler, kan gi muligheter for nye løsninger. Innfører ledelsen nye løsninger, skjer dette ofte i sammenheng med nye faglige muligheter, at det politiske systemet er åpent for nydannelser, eller at organisasjonen reorienterer seg. I situasjoner der presserende ytre omstendigheter rettferdiggjør det, kan ledere i byråkratiet gjøre unntak og fravike regler. Det er et lederprivilegium å styre unntakene, og ledere som aldri demonstrerer mot til å gjøre unntak eller foreta rommelige tolkninger av reglene, lar anledningen gå fra seg til å befestе sin makt og legitimitet gjennom disse handlingene (Strand, 2010). Det er til enhver tid spesielt legenes og sykepleiernes normer og verdier som avgjør hva som er adekvat pleie og behandling. Mintzberg (i Pettersen, 2008) sier at sykehus er ekspertorganisasjoner med høye krav til spesialkompetanse og samhandling. De kjennetegnes ved sterke og parallelle autoritetshierarkier hvor spesialistkompetansen befinner seg i det han betegner som produksjonslinjen, altså nært pasientene. Slikt sett går beslutningspremissene fra dem som står nær pasientene og oppover i hierarkiet. Det profesjonelle byråkratiet kan ha mange uformelle ledere fordi autoritet er knyttet til ekspertise, og det kan ofte være aktører som ikke har formelle lederoppgaver. Det kan oppstå samarbeidsproblemer uavhengig av organisering, hvor gode rutiner man har, eller hvor klart arbeidsfordelingen og ansvaret er definert. Behandling av pasienter på sykehus krever innsats fra flere ulike avdelinger, og på grunn av arbeidsdeling og oppgaveavhengighet kan koordineringsbehovet være stort (Pettersen, 2008). For å få til samhandling er kommunikasjon blant annet mellom ulike profesjonsgrupper, mellom ledere vertikalt og horisontalt i organisasjonen, og mellom ulike eksterne samarbeidspartnere sentralt. Nordby (2009) bruker begrepet forståelseshorisont når han skal analysere kommunikasjonsutfordringer helseledere kan kjenne seg igjen i. Han definerer forståelseshorisont slik:

”Personens totale sett av subjektive tilstander som oppfatninger, tanker, ønsker, preferanser og verdier” (Nordby, 2009:16)

Forståelseshorisonten er med andre ord alt vi har med oss i det Norby kaller ”vår mentale ryggsekk”, som er det vi kommuniserer og handler ut fra. Det er også det vi forstår andre ut fra. Sykehus er i tillegg et eksempel på det som kan omfattes av begrepet hybrid organisasjon. Hybride organisasjoner vil si organisasjoner som inneholder strukturelle, kulturelle og prosessuelle elementer fra ulike organisasjonsformer. Sykehusene har både innsatsstyrt finansiering og plikter i henhold til for eksempel Pasientrettighetsloven. Den innsatsstyrte finansieringen kan sies å representere markedsstyring, mens lovpålegg er velkjent fra forvaltningsstyring. Økonomi og ledelse har større plass enn før når drift av sykehus i økende grad dreier seg om økonomistyring og det å oppnå balanse i driftsbudsjettene. Situasjonen i sykehus er kompleks, fordi det må foretas prioriteringer mellom faglige, medisinske og pleiemessige hensyn på den ene siden, og økonomiske, personellmessige og administrative hensyn på den andre. Det er med andre ord to sterke institusjoner som møtes, og organisasjonens formelle styringssystem må ofte avvike fra det praktiske livet som utspiller seg på grunnplanet i organisasjonen. Hybride organisasjoner representerer ledelsesutfordringer fordi en blanding av for eksempel økonomiske incentiver og forvaltningsregler vil kunne skape usikkerhet om når tid det er det ene eller det andre som gjelder når beslutninger skal tas (Johansen, 2010).

Llewellyn (2001) innførte begrepet «Two-way Windows» (2001) etter at hun gjennomførte en studie blant leger i ledende stillinger. Med metaforen to-veis vindu synliggjorde hun forståelsen av hvordan legene i ledende stillinger jobbet parallelt med ideer både fra den medisinske logikken og fra den økonomisk/administrative logikken. Llewellyn (2001) sier at ledere med medisinskfaglig bakgrunn arbeider parallelt med ulike sett av ideer fra både det kliniske fagfeltet og fra ledelsesfaget. Hun mener at deres rolle, som i to-veis vindu, derfor gir mulighet for et nytt ekspertiseområde som kan kalles medisinskfaglig ledelse. Medisinske ledere kan integrere ledelsesoppgaver i sitt arbeid, mens administrative ledere ikke kan integrere medisinske oppgaver. Helseledere kan ved å inkorporere administrativ/økonomisk logikk utvikle en ny kunnskap, fordi de kan se begge logikkene. Metaforen to-veis vindu impliserer å se tingene klarere, noe som kan bidra til en bedre gjensidig forståelse mellom de to logikkene. Fagfolkene har i følge Llewellyn en egen posisjon i organisasjonen. Hun påpeker at ledere med medisinskfaglig bakgrunn kan innlemme ledelsesoppgaver i sitt arbeid, mens ledere uten tilsvarende bakgrunn ikke har mulighet til å utføre kliniske oppgaver. Sykehusledelse handler om ledelse i en hybrid organisasjon, der ulike logikker utfordrer hverandre. Ledere må forholde seg både til administrativ logikk, og medisinsk

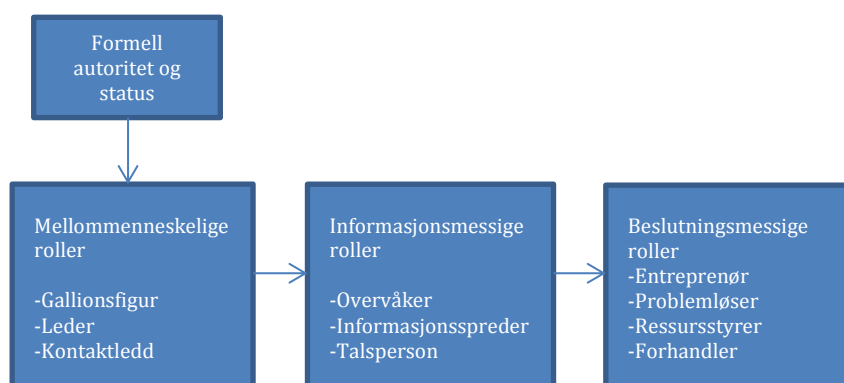
logikk når de skal ta avgjørelser og foreta prioriteringer. Personell som representerer de ulike logikkene har ulik forståelseshorisonter, noe som utfordrer kommunikasjonen mellom dem. To-veis vindu metaforen støtter opp om ideen at man gjør de profesjonelle lederne mer ansvarlige og bevisste i forhold til fellesskapets behov ved å knytte dem tettere opp til mer overordnede spørsmål knyttet til sykehusets drift og styring (Llewellyn 2001). Ved at helseledere blir tydeligere knyttet til ulike styringsparametere som tydeliggjør sammenhengen mellom aktivitet, kvalitet og økonomi får vi en accountability som ikke var tilstede tidligere da administrasjon/økonomi og medisin var delt.

2.2 Ledelse

Ledelse kan defineres som «*et målformulerende, problemløsende og språkskapende samspill*» (Johnsen i Busch, 2000:246), men det vil og være situasjoner og faser hvor leder arbeider alene. Med samspill menes her at ledelsen alltid må ses i forhold til andre som er medlemmer i organisasjonen (Busch, 2000). Lederskap har blant annet blitt forklart som noe som er fokus for gruppeprosesser, noe som avhenger av personlighet, noe som skal fremkalle føyelighet og som utøvelse av innflytelse. Det er også blitt knyttet til visse typer atferd, og kan ses som en form for overtalelse og maktrelasjon for å oppnå mål, som oppstår gjennom samhandling. Lederskap kan også ses som en blanding og kombinasjon av alle disse definisjonene (Martinsen, 2004).

2.2.1 Lederroller

En leder kan inneha ulike roller, og ledelsesforskeren Mintzberg (i Grønhaug, 2011) har på en systematisk måte kartlagt disse ved å skille mellom tre kategorier med hovedfokus på *informasjon, beslutninger og samhandling*.

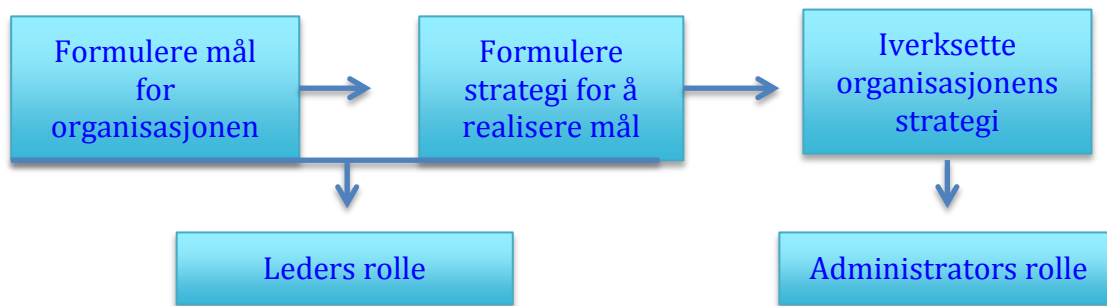


Figur 1. (Mintzberg, 1999)

Under kategorien informasjonsmessige roller, inngår overvåking, som blant annet omhandler å skaffe tilveie og formidle det som er av betydning for gruppen og arbeidet som skal utføres. Videre inngår informasjonsspreder, som dreier seg om at nøkkelinformasjon skal formidles videre til nøkkelpersoner innad i egen virksomhet. Siste lederfunksjon i denne kategorien kalles talsperson som går motsatt vei, og handler om å nå ut med informasjon om gruppen og dens arbeid til for eksempel andre arbeidsenheter, eller orientere aktuelle personer utenfor organisasjonen om virksomheten. Kategorien beslutningsmessige roller omhandler blant annet leders entreprenørfunksjon som initiativtaker til at forandring og forbedring skal finne sted. Under samme kategori finner vi funksjonen problemløser, som fokuserer på leders evne til å løse konflikter og være en god problemløser. Leder skal også være en ressursstyrer hvilket i seg selv ikke er en enkel jobb, da de fleste har sin egen mening om hva som er rettferdig og urettferdig. I verste fall kan en virksomhet bli utkonkurrert i denne funksjonen og en avdeling kan tvinges til å legge ned. Endelig skal lederen også være forhandler og talsmann for sin gruppe når der foregår forhandlinger med andre grupper i organisasjonen. Forhandlinger er noe som foregår hele tiden i ulike størrelsesorden, og det er svært viktig at leder har ferdigheter på dette området. Under kategorien mellommenneskelige roller, beskrives blant annet leders ansvar for å ivareta de mellommenneskelige relasjoner og sosiale funksjoner i gruppen. Leder har ofte en viktig rolle som gallionsfigur, for eksempel når en tale skal holdes, noen skal takkes for et bra foredrag eller lignende. En leder må på en god måte ivareta personalet både sosialt, personlig og psykologisk dersom for eksempel en nedskjæring eller omorganisering fører til store endringer for enkeltpersoner. Leders håndtering av slike anledninger er viktige momenter i forhold til det som handler om trivsel og motivering av medarbeidere. En annen viktig funksjon under denne kategorien er rollen som kontaktledd. Leder skal bygge nettverk, skaffe nye kunder og pleie etablerte kontakter. Leders rolle som bindeledd kan også innebære å snakke med personer som har makt og myndighet til å ta beslutninger om viktige rammebetingelser for virksomheten (Grønhaug, 2011).

2.2.2 Forholdet mellom ledelse og administrasjon

Grovt sett kan man si at lederskap sterkest er knyttet til å utvikle og formulere strategier og å legge planer for virksomheten. Administrasjon handler i hovedsak om å iverksette disse planene på en effektiv måte og tilse at regler og rutiner etterleves på korrekt vis. Lederskap og administrasjon vil overlappe hverandre, og forholdet mellom dem kan illustreres som vist i figur 2 (Grønhaug, 2011):



Figur 2. Forholdet mellom ledelse og administrasjon (Grønhaug, 2011:30)

Zaleznik (i Grønhaug, 2011) argumenterer for at det er nær umulig for en og samme person å romme alle funksjonene som inngår i lederarbeidet i et spekter som omfatter både de visjonære, inspirerende lederaktiviteter, til de mer kontroll- og ordensorienterte administrative aktiviteter. Han mener leder- og administrasjonsaktivitetene er så motstridende, at lederrollen krever flere ulike typer av personer for å kunne ivareta dem. Zaleznik mener at ledere ikke skal være administratorer, men kun ivareta ledelse. Noen vil kritisere dette synet for å være en variant av troen på ”den sterke manns” betydning for en organisasjon og hva et enkeltindivid kan yte for en organisasjon, som historisk sett har vist seg å kunne føre til alt annet enn det som godt er. For mange innebærer dette et noe primitivt syn på hva ledelse egentlig handler om. Kotter (i Grønhaug, 2011), mener derimot at på tross av at disse to funksjonene innebærer helt forskjellige aktiviteter, så er det av stor betydning for organisasjonen som helhet at leder både kan og må betjene begge områdene. Han har tro på den individuelle fleksibilitet som skal til for å gjøre begge deler.

	Administrasjon (management)	Ledelse
Skape agenda	Planlegge/ budsjettere – utvikle prosedyrer, nå ønskete målsettinger, allokere ressurser for virkeliggjøring	Legge opp retning, utvikle visjon for fremtiden, ofte langsiktig, legge opp strategier for å gjennomføre endringer som er nødvendige for å realisere visjon
Utvikle kontaktnett for å realisere agenda	Organisere og bemanne, delegere myndighet og ansvar for gjennomføring av plan, utvikle retningslinjer og prosedyrer for å hjelpe folk, utvikle systemer for å overvåke og kontrollere gjennomføring	Få folk til å snakke sammen, kommunisere retning i ord og handling til dem som skal samarbeide, fremme utvikling av team og koalisjoner som forstår visjonen og strategiene, og som aksepterer verdien av dem
Utføre	Kontrollere og løse problemer, overvåke resultater, identifisere avvik, planlegge for, og løse nye problemer	Motivere og inspirere, energisere folk til å overvinne stengsler og hindringer av politisk, byråkratisk, eller annen karakter. Realisere medarbeideres behov
Utfall	Skape forutsigbarhet og orden samt gode muligheter for å realisere resultater for bedrift og dens interesse	Fremme endring, ofte av betydelige dimensjoner, gi muligheter for å nå store resultater, samt helt nye produkter, kundegrupper, arbeidsformer og relasjoner

Tabell I (Grønhaug, 2011:32)

Tabell I viser hvordan innholdet i områdene administrasjon og ledelse varierer i forhold til grunnleggende virksomheter, hvordan ledelse- og administrasjonsaktivitetene er knyttet sammen, og kan synliggjøre betydningen av at en person ivaretar dem.

2.2.3 Lederes grunnaktiviteter

Den typiske leders arbeidsdag består av uforutsigbarhet og improvisasjon, med andre ord ganske forskjellig fra arbeid som kan utføres ut fra en nøye forhåndslagt plan. Som leder har man ansvar for svært mange aktiviteter, og Yukl (i Grønhaug, 2011) har utviklet en annen klassifikasjonsmodell som beskriver 14 grunnkategorier en leder vil engasjere seg i.

Bakgrunnen for Yukls modell er at han mente at tidligere modeller ikke var utfyllende nok i forhold til hvor omfattende området av typiske lederoppgaver faktisk er. De 14 grunnkategoriene til Yukl, vil i følge Grønhaug (2011) også de fleste norske ledere kjenne seg igjen i:

- planlegge og organisere
- identifisere viktige problemer og finne løsninger
- klargjøre
- informere
- overvåke
- motivere
- konsultere
- anerkjenne
- støtte
- håndtere konflikter og bygge lag
- danne nettverk
- delegere
- utvikle og veilede
- belønne

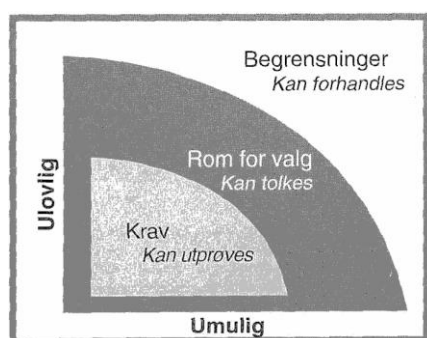
Den omfattende listen over grunnaktiviteter sier litt om hvor mangfoldig og kompleks lederrollen er. Det er likevel slik, at enhver lederstilling har sitt eget særpreg og at noen aktiviteter er mer fremtredende for noen ledere enn for andre. I en studie som hadde til hensikt å kartlegge forskjeller og likheter i lederrollen på ulike nivå, ble alle aktivitetene delt inn i kategorier. Hovedkategoriene var organisering av enkeltpersoners arbeidsytelser, instruksjon av underordnede, planlegging og fordeling av ressurser, ledelse og samordning av gruppens aktiviteter, overvåkning av organisasjonens omgivelser og å representere staben. For førstelinjeledere fant man at det var aktiviteter knyttet til å organisere enkeltpersoners arbeidsytelser og å gi underordnede instruksjoner som hadde størst betydning. Dette dreier seg om å motivere og belønne medarbeidere, ha oversikt over den enkeltes arbeidsytelser og å gi

medarbeiderne tilbakemeldinger på arbeidet. Det handler også om å forbedre kommunikasjon og enkeltansattes produktivitet (Grønhaug, 2011). Høyest rangering fikk oppgaven med å motivere enkeltmedarbeidere og i følge Bang (2007) kan delegering av oppgaver brukes som et virkemiddel for å utvikle og motivere medarbeiderne. Medarbeiderne kan ha mer kunnskap og ferdigheter i forhold til enkelte oppgaver enn det lederen har. De ansatte kan også i større grad oppleve en forpliktelse til å gjennomføre beslutninger de selv har vært med på å ta. Delegering av oppgaver kan også medføre at medarbeidernes arbeidsdager oppleves mer utfordrende og meningsfylt. I tillegg kan delegasjon resultere i at lederen får frigitt tid til mer overordnede arbeidsoppgaver (Bang, 2007). Ledelsens funksjon er å samordne organisasjonens målsettinger, funksjoner og aktiviteter, og ivareta at ressursene optimaliseres. Ledelse vil dermed være å inneha kunnskap og evne til å forholde seg til menneskene som arbeider i organisasjonen, på en slik måte at det både skapes gode relasjoner og høy produktivitet. Ledere må derfor både ha kunnskap om mennesker og om faget de skal lede. I følge Colbjørnsen (2004) bidrar relasjonelt lederskap til virksomhetens måloppnåelse ved at det er et personlig samspill mellom leder og medarbeider. Ledere som lykkes i å skape gode relasjoner med sine underordnede, har større sjanser for å lykkes med sitt lederskap. Samordningen mellom de ulike grupper som arbeider i organisasjonen må ivaretas av ledelsen, slik at disse kan utfylle hverandre på best mulig vis (Grønhaug, 2011). Lederrollen rommer mange og ulike funksjoner og lederansvaret skal ivaretas av en og samme person. Ledelse er i disse perspektivene viktig for at organisasjonen skal nå sine mål, og oppstår gjennom samhandling. Relasjonen mellom leder og medarbeider er viktig for at sykehuset skal levere gode tjenester med optimal bruk av ressurser.

2.3 Leders handlingsrom

Handlingsrom fremstilles i følge Espedal og Kvitastein (2012) som en faktor som gir ledere endringskapasitet eller evne til å fatte endringsrelaterte valg og mulighet til å gjennomføre valgene. Strand (2010) forklarer begrepet handlingsrom som det rom ledere har til å ta beslutninger som ikke er forhåndsprogrammerte eller rutinebestemte. Han mener denne type beslutninger og handlinger er med å rettferdiggjøre ledelse som noe spesielt og som noe mer enn kun et hjul i et maskineri. Det beskrives et skille mellom det formelle og det subjektive handlingsrom. Det formelle handlingsrom vil påvirkes og formes av to organisasjonsmessige forhold. Dette handler om jobbkravene i form av forventninger og strukturelle føringer, og begrensninger som består av hierarkiet, makten, ansvaret, ressursene, spesialiseringsgraden, normene og reglene som eksisterer i organisasjonen. Det subjektive handlingsrom påvirkes av

hvordan man tenker, hva ens motivasjon består i og hvilken kompetanse en besitter. Det subjektive handlingsrom kan oppfattes som større eller mindre enn det formelle handlingsrom. Ettersom de forventninger og strukturelle føringer som det formelle handlingsrom består av kan tolkes, vil det subjektive handlingsrom formes av hva den enkelte selv oppfatter, definerer og former. Espedal og Kvitastein (2012) undersøkte betydningen handlingsrom har for ledelse. Funn de gjorde på grunnlag av dybdeintervjuer med elleve ledere, viste at formelt handlingsrom var en viktig motivasjonsfaktor for å kunne påta seg lederansvar. Denne motivasjonsfaktoren var i større grad knyttet til gleden ved ledelses- og endringsprosesser enn til det instrumentelle aspektet ved ledelse og endring. Autonomi skapte motivasjon og glede ved prosesser, og hadde en betydning for læring (Espedal, 2012). Stewart (i Strand, 2010) mener at den enkelte leder har stor mulighet til å påvirke størrelsen på sitt handlingsrom. I følge henne er handlingsrommet ikke noe som er definert en gang for alle, det kan utvides og trekkes sammen:



Figur 3. Rosemary Stewarts modell for handlingsrom og område for tolkning, utprøving og forhandling. (Strand, 2010:360)

Figur 3 illustrerer den enkelte leders mulighet for påvirkning av handlingsrommet gjennom tolkning av valgmuligheter, forhandlingsevne i forhold til begrensninger og utprøving av krav. Stewart sier også at lederrollene kan være rommelige av ulik grad formelt sett, men at det for samme formelle rolle vil være store variasjoner i handlingsrommet. Størrelsen på handlingsrommet henger også sammen med lederens oppfatning av rammene, kjennskap til muligheter og erfaring med utprøving og risiko. Hun mener at handlingsrom er noe som kan vinnes og at ledere har påvirkningsmulighet dersom de vet og vil (Strand, 2010). Krav handler om det en leder må gjøre for å unngå sanksjoner eller miste sin stilling. Krav inkluderer blant annet ulike former for standarder, mål og tidsfrister. Andre eksempler på krav er lover, instruksjer, byråkratiske prosedyrer og regler. Eksempler på hva som begrenser hva en leder kan gjøre kan være av økonomisk art, det kan handle om den fysiske lokaliseringen, teknologien og om ulike lover og avtaler. Valg utgjør mulighetene en leder har

til å gjøre noe annet enn en annen leder som er i samme eller tilsvarende stilling. Her ligger lederens handlingsrom. Hvordan lederen oppfatter kravene og rammebetingelsene, vil prege de valg hun tar. Handlingsrom, ledernes opplevelse av autonomi, handler i korthet om hvordan lederen tolker de muligheter hun har, og det er det subjektivt definerte handlingsrom som er av betydning for lederens valg og handling (Høst, 2014).

2.3.1 Ansvar og utøvelse av skjønn

En leders handlingsrom kan også ses som det mandat lederen har til å utøve skjønn. Utøvelse av skjønn er påvist som en selvstendig faktor i sammenhenger hvor ledere foretar valg av strategi og når organisasjonens resultater skal forklares. Som leder vil en stadig være i situasjoner der en må ta valg som ikke kan baseres på instruksjoner og analyser. Ledere må med andre ord ta beslutninger i sammenhenger der det ikke er rutinebestemt eller klart hva som er det rette å gjøre. Begrepet handlingsrom brukes da for å tydeliggjøre hvilket rom ledere har for å ta beslutninger som krever at de utøver skjønn (Strand, 2010). Hvordan kan en så forstå hva som egentlig ligger i det å utøve skjønn? Ordet kan nærmere forklares som omdømme, forstand, vurdering og dømmekraft. Når man utøver skjønn kan man si at man skiller noe fra noe annet, og tilskriver eller fraskriver et objekt visse egenskaper. Det kan eksempelvis handle om en vurdering av hvorvidt et utsagn er sant eller oppriktig, om en handling er formålstjenlig eller riktig, eller om en tilstand ses som normal, ønskelig eller rettferdig. I yrker som betegnes som profesjoner må utøverne ofte bruke skjønn, det å handle ut fra eget skjønn står sentralt i deres arbeid (Molander, 2008).

En leders handlingsrom påvirkes og formes av ansvaret en har. Dess større handlingsrom, dess mer ansvar følger med. Der det er rom for tolkning, må leder utøve skjønn og anvende sin kreativitet. Gjennom at man har mulighet til å velge mellom flere alternativer, innebærer det også en frihet til å handle. Ansvarsomfanget vil berøre både de politiske, økonomiske og etiske forpliktelser en leder må forholde seg til. Lederen må kunne svare for sine handlinger, og blant annet vise at de står i samsvar med de sosialt aksepterte normer. Lederen må også kunne utøve skjønn og foreta egne bedømmelser av situasjonen, og av hvilke plikter og normer som gjelder for denne. Her vil leders tenkemåte, motivasjon og kompetanse spille en avgjørende rolle. For å forstå hva som ligger i selve ansvarsbegrepet kan det virke avklarende å ta i bruk de engelske ordene "responsible" og "accountable". "Responsible" betyr ganske enkelt ansvarlig. Det mer sammensatte begrepet "accountable" innebærer at man i tillegg til å være ansvarlig, og må være redegjørende og tilregnelig. Å være "responsible" handler mer

om allmenne plikter, mens å stå som ”accountable” ofte dreier seg om handlinger som kan relateres til jus, økonomi og organisasjon (Molander, 2008).

2.3.2 Kreativitet

Kreative prosesser er en kompleks affære, og det er vanskelig å si konkret hva kreativitetsbegrepet inneholder. Kreativitet er ikke noe som bare foregår i en persons hode. Personlighet og motivasjon spiller en sentral rolle. I forskningen har man tatt innover seg at sosiale omgivelser har mye å si for utviklingen av kreative prosesser, og noen mener det sosiale er en kritisk faktor (Kaufmann, 2006). Det er i økende grad interesse for kreativitetsbegrepet innenfor organisasjonslitteraturen, fordi det antas at kreativitet er viktig for at organisasjonen skal nå sine målsettinger. Definisjoner av kreativitet har tradisjonelt vektlagt den nyskapende delen av begrepet, og i hvilken grad personer har vist evne til å produsere nye ideer, løsninger, handlinger eller produkter. En kreativ person eller løsning er på samme tid både ny og nyttig, sett i forhold til organisasjonens målsettinger eller et konkret problem som organisasjonen står overfor. Det inngår derfor en nyttedimensjon i definisjoner av kreativitet innenfor organisasjoner. En av de viktigste betingelsene for å skape kreativitet i en organisasjon er at menneskene i organisasjonen har handlefrihet. Handlefrihet betyr at organisasjonsmedlemmene til en viss grad har muligheter for selv å utforme sine arbeidsoppgaver og velge de løsningene de selv synes passer til et problem eller en problemstilling. Handlefriheten i en organisasjon reduseres imidlertid av de ulike strukturelle virkemidlene som benyttes for å styre organisasjoner og kontrollere at organisasjonen beveger seg i en ønsket retning. Dersom flere og flere av arbeidsoppgavene rutiniseres, eller programmeres, reduseres sannsynligheten for at prosessene skal munne ut i kreative løsninger. Handlingsrommet de ansatte i en organisasjon har påvirkes slik av de strukturelle virkemidlene en organisasjon benytter for styring og kontroll (Lines, 1998).

2.3.3 Makt og tillit

Makt er knyttet til posisjoner og utfoldes gjennom handling, og er nærliggende å betrakte i sammenheng med leders handlingsrom. Sett i forhold til Stewarts (i Strand, 2010) omtale av handlingsrom som noe en leder kan vinne, vil makt og tillit, og ikke minst balansen mellom disse, ha stor betydning. En leder har makt enten hun er seg det bevisst eller ikke, men makten vil aldri ha langvarig bærekraft uten tillit. Begrepene makt og tillit kan være vanskelig å definere på en entydig måte, de rommer mye mening og kan være både tvetydige og bevegelige. Makt kan forstås som

”... en kapasitet som bor i personer eller institusjoner, som får folk til å gjøre ting de ellers mest sannsynlig ikke ville gjort.” (Sørhaug, 1996:22)

Tillit handler om å stole på noe en ennå ikke har mottatt, og om å stole på at en kan motta noe uten at det vil bli krevd noe tilbake. Tillit skaper også betingelser og grunnlag for handling og samhandling. Slike handlinger innebærer en viss risiko, da det ikke følger med verken garantier eller betingelser. Det handler først om å stole på hendelser som ennå ikke har funnet sted, og dernest at man må stole på en annens vilje, hvis innhold man ikke har mulighet for å ha direkte kjennskap til. Tillit er dermed noe man må ha for å få, og tillitsforhold er alltid paradoksale. Tillitsforhold eksisterer i kraft av forventninger til noe som ikke er realisert. Ber man om tillit foreligger det en risiko for at den ikke finnes, og følgelig ikke kan gis. ”Bruk” av tillit kan gi grunnlag for at det skapes mer tillit, det styrker forventningene en har til hverandre og disse vil styrkes jo mer man baserer seg på dem. På den annen side kan man plutselig oppleve at forventninger snus i en annen uønsket retning, eller bare forsvinner. Den tvang man kan si at makt innehar, er sådan ikke en del av tillitsbegrepet. Tillit er betingelsesløst, det er noe som må fortjenes, og som oppstår i samhandling med andre og gis en av andre. Det er ikke noe man kan skaffe seg på egenhånd. Organisering baserer seg på alltid på makt og tillit, størrelser som kan være både en trussel og en forutsetning for hverandre. Makt vil alltid være en trussel for tillit. Med makt kan behovet for tillit overkjøres og ønskede handlinger kan tvinges frem. Likevel vil det være slik at makt over tid ikke kan fungere alene, til slutt vil den falle sammen av seg selv, den spiser opp sitt eget eksistensgrunnlag. Tillit er på den andre siden på indirekte vis avhengig av makt. For at mennesker skal våge å stole på noen, må de vite at det finnes reelle krefter som er i stand til å sette noen grenser. Dersom det forventes at alle bare tar, vil det ikke lenger kjennes ut som om det er noen nytte i å gi (Sørhaug, 1996:24). Handlingsrom er viktig fordi det er en motivasjonsfaktor for ledere. Det vil oppleves forskjellig fra person til person fordi handlingsrommet preges av individuelle forhold. Balansen mellom makt og tillit påvirker handlingsrommet og har betydning for leders mulighet til å ivareta lederansvaret. Handlingsrom kan forstås som det rom ledere har til å ta beslutninger som ikke er forhåndsprogrammerte eller rutinebestemte. Det formelle handlingsrom består av krav og begrensninger som kan tolkes, noe som vil forme lederens subjektive handlingsrom. Bruk av skjønn er nødvendig for ledere, og i skjønnsutøvelse ligger handlingsrom. Det antas at kreativitet er viktig for at organisasjonen skal nå sine målsettinger, og en av de viktigste betingelsene for å skape kreativitet i en organisasjon er at menneskene i organisasjonen har

handlingsrom. At ledere har tillit i organisasjonen, og makt til å iverksette beslutninger kan gi erfaring med utprøving og risiko, og påvirke lederens handlingsrom.

Metode er i følge Holme og Solvang (1989) et redskap for å løse problemer og slik komme frem til nye erkjennelser. Kvantitative metoder fokuserer på variabler som er relativt uavhengig av den samfunnsmessige kontekst, mens kvalitative metoder omhandler prosesser som tolkes i lys av den kontekst de inngår i. Ordet kvalitativ viser til egenskaper eller karaktertrekk ved de sosiale fenomener vi studerer. Kvantitativ forskning baserer seg på metoder som innebærer større avstand, og disse ulike tilnærmingene innebærer ulikheter både i forhold til hvordan forskningen legges opp, og de data undersøkelsene fører til (Thagaard, 2013). Grønmo (i Thagaard, 2013) påpeker at kvalitativ metode er rettet mot analytiske problemstillinger og mot å utvikle en analytisk forståelse av sosiale fenomener. Dette krever en undersøkelsesprosess som er preget av fleksibilitet, der opplegget kan forandres i løpet av datainnsamlingsprosessen og slik tilpasses erfaringer og nye utfordringer som kan oppstå underveis. Kvantitative problemstillinger dreier seg om statistiske generaliseringer, og undersøkelsesprosessen er preget av sterk strukturering. Kvalitativ metode bygger i følge Thagaard (2013) på en hermeneutisk vitenskapsteori, som opprinnelig var knyttet til fortolkningen av tekster.

3.1 Valg av metode

Vi har benyttet kvalitativ metode når vi søker å få mer kunnskap om hvorvidt førstelinjeledere i spesialisthelsetjenesten opplever å ha det handlingsrom de trenger for å kunne ivareta kravene som stilles til dem. Styrken ved kvalitativ metode er det å få frem en helhetsfremstilling som åpner for økt forståelse for sosiale prosesser og sammenhenger. Her er vi ikke opptatt av hvorvidt respondentene representerer gjennomsnittsholdningen i folket, men hvordan førstelinjelederen erfarte handlingsrommet i det å være leder. Nærheten vi som forskere fikk til undersøkelsesenheter ga oss mulighet til å se på kvaliteter i form av for eksempel vurderinger, inntrykk og meninger. For å forstå ledernes situasjon, må vi komme dem nærmere innpå livet. Ved å benytte kvalitativ metode får vi en mulighet til å skape en dypere forståelse for problemstillingen, og sammenhengen den står i. Innenfor denne metoden er det vår forståelse eller tolkning av informasjon som står i forgrunnen. Tolkningen vil være preget av vår bakgrunn, holdninger og våre egne erfaringer som ledere i spesialisthelsetjenesten, noe som kan ha både fordeler og ulemper. Dette vil vi komme nærmere inn på under avsnittet om metodekritikk.

Utgangspunktet for hele den kvalitative forskningsprosessen er de før-dommer og den før-forståelse vi som forskere har. Før-forståelsen ses som den forståelsen av et fenomen vi har tilegnet oss gjennom egen utdanning og erfaring. Før-dommene er sosialt baserte og subjektive holdninger til det fenomenet som skal undersøkes. Det er derfor umulig for oss å frigjøre oss fra disse subjektive forståelsesrammene. Vi er begge autoriserte sykepleiere, med videreutdanning innenfor både helsefag og administrasjon og ledelse. Begge har mange års erfaring som ledere innenfor spesialisthelsetjenesten. Vi har sett hvordan lederrollen har endret seg de siste årene, og at oppgavetilfanget har økt. Ansvarer vi har som ledere er også gjort tydeligere, og forventninger er skriftliggjort gjennom fullmaktsmatrise og stillingsbeskrivelse. Handlingsrom har vært nødvendig for oss for å kunne ivareta vårt lederansvar. Har lederne for lite handlingsrom, er det vår antagelse at de da hovedsakelig ivaretar deler av sitt lederansvar, og da i første rekke de administrative oppgavene. Vi har ikke inngående erfaring med gjennomføring av kvalitative studier, så erfaringen med metoden er sparsom.

3.1.1 Forskningsdesign

Vi utførte et kvalitativt studie der utgangspunktet er at individene utvikler sine kunnskaper i tett interaksjon med omgivelsene, og vi har forsøkt å beskrive virkeligheten slik våre respondenter oppfattet den. Dette med et fortolkende blikk. Vi gjennomførte en case studie og så på førstelinjeledernes ansvar og handlingsrom. Data er innhentet ved hjelp av kvalitative intervjuer hvor respondentene satte ord på ulike områder av lederrollen og lederansvaret. Metoden har et fortolknings-basert vitenskapsteoretisk ståsted. Vi har valgt et intensivt design, noe som innebærer at vi har samlet data fra få kilder. Det har gitt oss mulighet til å gå mer i dybden, enn om vi hadde benyttet et ekstensivt design. Et ekstensivt design innebærer å samler data fra mange kilder, for eksempel gjennom spørreskjema. Studien er en kvalitativ tverrsnittsundersøkelse, noe som betyr at vi har samlet inn data ved å intervjuer respondentene kun en gang (Busch, 2013). På grunn av rammene vi hadde, både tidsmessig og i forhold til oppgavens omfang, ble respondentene intervjuet en gang. Hadde vi intervjuet respondentene flere ganger, ville det gitt oss muligheten til å undersøke problemstillingen mer dyptgående. Respondentene ville fått lenger tid til å tenke på spørsmålene vi stilte, og muligens hatt dem i bakhodet i løpet av de arbeidsdagene som fulgte før neste intervjusituasjon. Dette ville kunne gitt et mer detaljert datagrunnlag. Respondentene ville fått mer tid til å tenke på hvordan de vurderer sitt ansvar og det handlingsrommet de har. Gjennom å foreta en tverrsnittsundersøkelse vil informasjonen vi får i større grad være preget av de betraktninger

respondentene hadde den dagen vi intervjuet dem. For å kompensere for dette, utarbeidet vi en tematisk intervjuguide med få konkrete underspørsmål. Dette for best mulig å tilrettelegge for refleksjoner innenfor det oppsatte intervjutidsrommet.

3.2 Undersøkelsesprosessen

Intervjuet er den mest anvendte metoden innenfor kvalitativ forskning og gir et godt grunnlag for å få innsikt i førstelinjeledernes erfaringer, tanker og følelser knyttet til vårt forskningstema. Fremgangsmåten i vår studie er en delvis strukturert tilnærming.

Dette innebærer at temaene vi vil ta opp avgjøres på forhånd, mens rekkefølgen for når de ulike tema tas opp bestemmes underveis i intervjuet. På denne måten ivaretar vi at tema som er viktige for å belyse vår problemstilling ikke utelates eller glemmes, samtidig som vi som forskere lettere kan følge historien på premissene til førstelinjelederen som intervjues (Thagaard, 2013).

3.2.1 Tilgang til forskningsfelt

For å få god nok dekning av temaene i vår problemstilling, må vi som forskere ta stilling til hvem som skal delta i de individuelle intervjuene. Med utgangspunkt i at personene måtte ha forutsetning for å formidle innsikt i våre forskningsspørsmål, valgte vi å søke etter aktuelle førstelinjeledere i spesialisthelsetjenesten (Busch, 2013). Vi kontaktet deler av spesialisthelsetjenesten i en region vi selv verken arbeidet i eller hadde hatt kontakt med, fordi vi anså det som viktig å intervju personer vi ikke kjente fra før. Bakgrunnen for dette valget var at vi ville unngå at respondentenes svar og refleksjoner skulle farges av kjennskapet de hadde til oss som personer og ledere. Ved en skriftlig henvendelse til direktørene ved to sykehus i helseregionen, orienterte vi om hvem vi var, vår kontaktinformasjon, hva vi ønsket å undersøke, og at vi ønsket å intervju førstelinjeledere. Vi ga også informasjon om muligheten respondentene hadde til å trekke seg på ethvert tidspunkt i prosessen, at svarene ble anonymiserte og hvor lang tid vi ønsket å bruke på hvert intervju (Vedlegg 1).

Vi intervjuet ni respondenter ved to ulike sykehus. Ved det ene sykehuset fikk vi oppgitt navnet på de av førstelinjelederne som hadde ønsket å delta, mens vi ved det andre innledningsvis først fikk oppgitt ett navn. Etter vi hadde intervjuet den ene lederen, spurte vi om hun kunne spørre noen av sine førstelinjelederkollegaer om de kunne tenke seg å delta i studien vår. På denne måten ble resten av respondentene inkludert ved hjelp av det Thagaard (2013) kaller ”snøballmetoden”. For å forenkle fremstillingen av førstelinjeledernes svar, har

vi valgt å benytte subjektet *hun* når vi omtaler dem, dette til tross for at vi snakket med ledere av begge kjønn. For å gjøre teksten mer leservennlig og skape bedre flyt, bruker vi begrepene førstelinjeleder, leder og respondent om hverandre.

3.2.2 Utarbeiding av intervjuguide

Valg av variabler ble gjort med utgangspunkt i og ved analyse av de tre forskningsspørsmålene, som gjenspeiler oppgavens overgripende tema. På grunnlag av dette fant vi frem til hovedtemaene/spørsmålene i intervjuguiden (Vedlegg 2), disse ble utdypet ved å formulere oppfølgingsspørsmål. Spørsmålene ble formet ved diskusjon rundt hva vi mente ville gi oss informasjon, som ga et godt nok grunnlag for å kunne gjennomføre analysen. Vi ønsket å få frem mest mulig dybde innenfor de ulike temaene, ettersom vi kun skulle intervju respondentene en gang. For å åpne for refleksjon og unngå å styre innholdet i det respondentene delte, var vi opptatt av ikke å ha for mange spørsmål. Omfanget av spørsmål kunne heller ikke bli for stort av hensyn til intervjuets varighet (Busch, 2013). Vi gjennomførte også tre pilotintervjuer med ledere vi kjente fra før, og disse personene ble i etterkant spurt om spørsmålene opplevdes relevante i forhold til temaet oppgaven skulle belyse. Tilbakemeldingene ble et viktig bidrag til diskusjonen vi hadde om hvorvidt spørsmålene vi hadde formulert, bidro til å belyse oppgavens problemstilling. I pilotintervjuene fikk vi også testet ut om tidsrammen vi hadde satt kunne overholdes med henblikk på antall spørsmål og den tiden respondentene trengte for å besvare dem. På bakgrunn av dette ble intervjuguiden evaluert og justert.

3.2.3 Gjennomføring av intervjuene

Den kvalitative intervjusituasjonen er krevende både for den som skal intervjues og for forskeren. Vi opplevde at den lange erfaringen vi begge har som ledere hjalp oss til å håndtere dette, men vi var likevel oppmerksom på at forskerrollen innebar andre utfordringer. Selv om begge har erfaring med ulike former for intervjusituasjoner, hadde vi liten praktisk erfaring med kvalitative undersøkelser. Pilotintervjuene vi gjennomførte ga oss verdifulle tilbakemeldinger og viktig trening i forhold til det å forstå og fylle vår nye rolle. Vi byttet på å være intervjuer og bisitter for at begge skulle få erfaring med og innsikt i hvordan vi best mulig kunne utfylle hverandre i denne situasjonen. I intervjuene benyttet vi en delvis strukturerende tilnærming der temaene i utgangspunktet var fastsatt, samtidig som det var en fleksibilitet i forhold til hvilken rekkefølge de ble tatt opp. Dette var for å tilse at alle de tema vi ønsket informasjon om ble berørt, samtidig som vi ville gi rom for at førstelinjelederne selv

fikk ta opp temaer vi i utgangspunktet ikke hadde planlagt. Like i forkant av selve intervjuet signerte respondentene to eksemplarer av et informasjonsskriv der bakgrunn og formål med studien ble gjort rede for. I skrivet fikk de også vår kontaktinformasjon, og de ble orientert om at svarene de ga i intervjuene ville bli anonymisert. Det ble også understreket at de kunne trekke seg når som helst i prosessen, noe vi også redegjorde for muntlig. Noen av respondentene hadde allerede mottatt dette skrivet via egen ledelse. Med utgangspunkt i rollen som forskere bruker vi oss selv som et middel for å få informasjon, samtidig som vi må kunne sette oss inn i og forstå situasjonen til respondenten. At det oppstår tillit mellom forsker og den som intervjues er vesentlig, og ansvaret for å utvikle denne tilliten ligger hos intervjueren (Thagaard, 2013). Vi var opptatt av å være lyttende og å tilpasse intervjusituasjonen etter den vi snakket med. Den som var bisitter stilte kun spørsmål dersom dette falt naturlig inn i samtalen, og hvis det opplevdes som nødvendig for å få utfyllende informasjon. Sensitivitet overfor intervjusituasjonen ble her viktig. Vi var oppmerksom på å unngå å påvirke respondentene i for stor grad, for ikke å lede dem til å svare noe de kanskje oppfattet at vi ønsket å høre. Målet var å klare å formidle hvilke tema vi var opptatt av til respondenten, slik at responsen vi fikk ville bidra til å belyse oppgavens problemstilling. Vi valgte derfor å stille flere tilleggsspørsmål fremfor å presentere hva vi selv mente eller tenkte rundt et tema.

For ikke å ta for mye av respondentenes arbeidstid foregikk intervjuene på deres arbeidssted. Det var også viktig for oss å holde det avtalte tidsskjemaet, og ikke gå utover den klokketimen som var avsatt. Noen av førstelinjelederne ønsket at intervjuet skulle foregå på eget kontor, mens andre ville benytte møterom utenfor egen enhet. Vi valgte å benytte båndopptager fordi det ga oss frihet til å være fokusert på respondenten, uten å måtte forstyrre intervjusituasjonen ved å skrive. Ved å benytte båndopptager kunne vi også høre intervjuene flere ganger i etterkant, noe som forenklet transkripsjonsprosessen. Alle respondentene ga oss tillatelse til å bruke båndopptager, selv om vi understreket at det var frivillig og at vi kunne gjennomføre intervjuet uten den. Vi informerte den enkelte eksplisitt om at all informasjon ville bli oppbevart trygt og anonymisert. Vi sa også at vi ville slette opptakene når de var ferdig transkribert og at de transkriberte tekstene også ville bli slettet når analysen av dem var ferdigstilt.

3.2.4 Dataanalyse

Dataanalyse er en prosess hvor forskeren får mening ut av de dataene som er hentet inn. Hvordan dataene tolkes kan både knyttes til vår teoretiske forankring, og til de tendenser og sammenhenger som vi vurderer under analysen av dataene (Thagaard, 2013). Analyse av kvalitative data pågår gjennom hele datainnsamlingsprosessen, men kommer enda mer i fokus etter at dataene er samlet inn. Analysen vi gjør av materialet vil preges av våre perspektiver, selv om vi søker å legge disse til side og møte datamaterialet med et åpent sinn. I analysen har vi tatt utgangspunkt i datamaterialet, og prøvd og latt det tale for seg uten at det i for stor grad skulle påvirkes av våre perspektiver. Vi har benyttet respondentenes ord og begreper så langt som mulig. Denne metodiske tilnærmingen kalles grounded theory. Metoden ble utviklet i 1967 av Barney G. Glaser og Anselm L. Strauss i boken *"The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research"* (Postholm, 2010: 87). Vi har hatt nytte av at vi har vært to forskere som har samarbeidet om undersøkelsen. Vi har diskutert tolkningene oss imellom, og utfordret hverandre på ulike tolkningsmuligheter. På denne måten fikk vi et bredere fortolkningsgrunnlag enn hvis vi hadde gjennomført undersøkelsen alene.

Perspektivet vi har benyttet når vi har koblet sammen teori og empiri er betegnet som det induktive perspektivet. Det vil si at empirien blir samlet inn først, og at det deretter lages en forklaring om årsakssammenheng basert på hva empirien forteller oss. Vi går fra empiri til teori. I denne undersøkelsen har vi benyttet det induktive perspektivet fordi vi ønsket å samle inn data uten å ha noen bakenforliggende hypoteser som skulle bekreftes eller avkreftes. En annen måte å koble sammen teori og empiri på er å ta utgangspunkt i eksisterende teorier og fremsette hypoteser om hva som vil finnes ut fra dette. Formålet her er å bekrefte, eller avkrefte hypotesene. Dette er det deduktive perspektivet, der man går fra teori til empiri (Thagaard, 2013). Vi valgte det induktive perspektivet fordi det hjalp oss med å være oppmerksom på egne perspektiver og holdninger. Vi var interessert i å høre hva respondentene sa om fenomenet vi ønsket å undersøke, ikke å få bekreftet det vi selv erfarte eller mente om problemstillingen.

Etter å ha gjennomført intervjuene, transkriberte vi dem ordrett. Denne prosessen ga oss god kjennskap til datamaterialet. Data ble så delt inn i mindre deler, og gitt navn. Vi benyttet sentrale begreper fra intervjuguiden og sorterte utsagn fra respondentene under disse kategoriene. Postholm (2010:105) betegner dette som åpen koding. Vi var nøye på å ta utsagnene fra respondentene ordrett fra intervjutranskripsjonen. Dette for å unngå så langt

som mulig å tolke dataene for mye i kodingsprosessen. Etter å ha gjennomført denne kategoriseringen, analyserte vi dem og lagde underkategorier av temaer som fremkom som sentrale. Disse underkategoriene representerte temaer som både hadde direkte referanse til problemstillingen, og til temaer utviklet i analyseprosessen. Vi fant på denne måten tre hovedkategorier under hvert forskningsspørsmål. Det er viktig å være klar over at å fremheve tendenser i materialet, kan medføre at andre perspektiver ikke kommer frem (Thagaard, 2013:160). Noen perspektiver inngår i prosjektets begrensninger, mens andre kan ha blitt oversett fordi vi selv er ledere i spesialisthelsetjenesten og vår forforståelse kan ha medført en begrensning.

3.3 Metodekritikk

Metodevalget påvirker undersøkelsens kvalitet. Dette gjelder uansett hvilken metode vi hadde valgt. Det er derfor viktig å vurdere undersøkelsens pålitelighet, gyldighet og overførbarhet. Å forske i egen organisasjon er også noe som vil påvirke hele gjennomføringen av oppgaven.

3.3.1 Reliabilitet, validitet og overførbarhet

Undersøkelsens reliabilitet er knyttet til spørsmålet om den er pålitelig. Hvor nøyaktig vi har vært både i forhold til måten vi har innhentet dataene på, og i forhold til hvordan vi har bearbeidet datamaterialet. For å teste reliabiliteten kunne den samme undersøkelsen vært gjennomført på samme gruppe etter en viss tid. Hvis resultatene hadde blitt de samme, ville dette vært et tegn på høy reliabilitet. Dette gjelder også hvis flere forskere undersøker samme fenomen, og kommer frem til samme resultat. Det er imidlertid vanskelig å knytte krav om reliabilitet innenfor kvalitativ forskning. Gjennomføringen av intervjuene og tolkningen av datamaterialet er påvirket av vår erfaringsbakgrunn som ledere i spesialisthelsetjenesten.

Andre personer vil derfor kunne gjøre andre analyser og tolkninger av vårt materiale. Vi er to forskere som har gått sammen om undersøkelsen. Dette har påvirket vår tilnærming, fordi vi har kunnet diskutere gjennom hele prosessen. Det er rimelig å anta at dette har medført at undersøkelsen har en høyere reliabilitet enn om vi hadde vært alene om prosessen. Selv om vi er ledere i spesialisthelsetjenesten, var respondentene ukjente for oss. De arbeidet andre steder i spesialisthelsetjenesten både faglig og geografisk. Begrepet validitet er knyttet til tolkningen av data, og spørsmålet om forskningens gyldighet. Måten vi har gått frem på og de funn vi har gjort, må reflektere både hensikten med undersøkelsen, og representere en virkelighet.

Validitet handler om hvorvidt metoden har undersøkt det den hadde til hensikt å undersøke (Thagaard, 2013). Vi har i stor grad benyttet oss av ordrette sitater i vår tolkning av

datamaterialet. Tolkningen av data er påvirket av vår bakgrunn og kjennskap til ledelse i spesialisthelsetjenesten, noe som igjen vil påvirke validiteten. Det var viktig for oss å intervjuere ledere vi ikke kjente, og som ikke kjente oss. Dette for at relasjonen mellom oss som forskere og respondentene ikke skulle prege intervju situasjonen. Respondentene visste at vi var ledere innenfor spesialisthelsetjenesten, noe som i seg selv kan ha påvirket resultatene vi fikk. Vi var nøye med å stille oppfølgingsspørsmål, også i de tilfeller der vi erfaringsmessig hadde grunnlag for å kjenne til årsaksforhold. Studien vi har gjennomført har slik vi bedømmer det, undersøkt det den hadde til hensikt å undersøke. Vi antar derfor at vi ville fått mange av de samme resultatene om vi hadde gjennomført undersøkelsen en gang til, med andre førstelinjeledere i spesialisthelsetjenesten. Det kan stilles spørsmål om vår validitet hadde økt dersom vi hadde intervjuet flere førstelinjeledere enn de ni respondentene som utgjør vår empiri. Vår vurdering var at dette var et tilstrekkelig antall for å belyse problemstillingen i vår forskning. Overførbarhet innenfor kvalitativ forskning er antakelser om at teorien som utvikles, kan være nyttig for å forstå lignende personer eller situasjoner. Vi kan imidlertid ikke generalisere de funn vi har gjort fordi data er hentet fra et lite antall respondenter. Overførbarhet kan knyttes til at forståelsen som utvikles innenfor rammen av et prosjekt også kan være relevant i andre situasjoner, og til spørsmålet om tolkningen kan vekke gjenklang hos lesere med kjennskap til de fenomenene som studeres (Thagaard, 2013). Det kan være vanskelig å si at de funn vi har gjort vil være relevant i andre situasjoner, fordi dataene vi har gjenspeiler respondentenes subjektive opplevelse knyttet til ansvar og handlingsrom, men vi mener at resultatene fra studien kan gjenkjennes av lesere med erfaring innen helsetjenesten, og da spesielt lesere med ledererfaring.

3.3.2 Å forske i egen organisasjon

I følge Thagaard (2013) kan forskere som arbeider innenfor samme område som studeres få et særlig godt grunnlag for forståelse for de fenomenene som studeres. Vi arbeider selv som ledere i spesialisthelsetjenesten. At vi har kjennskap til miljøet som studeres kan både være en styrke og en begrensning. Erfaringene vi har gir grunnlag for gjenkjennelse. Denne gjenkjennelsen danner et bakteppe for forståelsen vi får av det respondentene forteller, og påvirker hvordan vi tolker resultatene. Det er imidlertid viktig å være oppmerksom på at våre erfaringer og bakgrunn kan medføre at vi overser elementer som er forskjellig fra det vi selv har erfart, og at vi derfor kan være mindre åpen for nyanser i de situasjonene som studeres. Vår erfaringsbakgrunn er ulik, noe som har vært nyttig når vi har diskutert styrker og svakheter det kan medføre å forske innenfor egen organisasjon. Vårt utgangspunkt for denne

undersøkelsen var å få informasjon om andre lederes betraktninger om ansvar og handlingsrom. I intervjusituasjonen var den av oss som var bisitter, spesielt lydhør for områder der det var behov for en tydeliggjøring av det respondenten sa, og stilte spørsmål for å få budskapet respondenten ønsket å formidle tydeligere frem. Vi erfarte at den som foretok intervjuet, raskere aksepterte det implisitte i budskapet, og at det var lettere for bisitteren å få tak i disse situasjonene. Det at vi som forskere også arbeider som ledere innenfor spesialisthelsetjenesten, kan ha påvirket svarene. Respondentene kan ha svart det de antok vi som masterstudenter og medledere ønsket å høre, vi var derfor bevisst på å unngå å presentere hva vi selv mente.

3.3.3 Etiske betraktninger

Vi har fulgt etiske prinsipper og retningslinjer når vi gjennomførte undersøkelsen. I tråd med forskningsetiske prinsipper og regler har vi vurdert om datamaterialet krever konsesjonssøknad. Etter å ha transkribert intervjuene, ble lydopptakene slettet. Datamaterialet vårt består ikke av personsensitive data, og vi har anonymisert respondentene. På bakgrunn av disse vurderingene ble det konkludert med at undersøkelsen ikke er konsesjonsbelagt. Vi har også lagt vekt på å være åpne overfor informantene om vårt ståsted og hensikten med undersøkelsen. Det har vært viktig for oss å behandle respondentene respektfullt, både i intervjusituasjonen, men også i analysen og presentasjonen av datamaterialet. Vi har unngått å ta ut sitater av lengre varighet for å ivareta respondentenes anonymitet. Det kan i lange sitater være mulig å gjenkjenne personen for eksempel ved måten personen uttrykker seg på. Det samtykket respondenten har gitt til å delta i prosjektet omfatter ikke forskerens tolkninger. Så langt det er mulig må forskeren skjule deltakernes identitet slik at de ikke kjenner seg selv igjen. Vi har ikke lagret lister med navn eller andre opplysninger på egne datamaskiner som kan gjøre det mulig å identifisere respondentene.

Styringsideologien New Public Management har blant annet fokus på effektivitet og produktivitet. Dette kan hindre samspill på tvers av organisatoriske - og fagspesialitetsgrenser og redusere helhetsforståelsen blant annet fordi lederne måles på resultater kun fra egen enhet. Balansen mellom ansvaret for egen enhet og ansvaret for sykehuset og det totale samfunnsoppdraget, er utfordrende for alle ledere, og kanskje spesielt for førstelinjelederne. De leder medarbeidere som står i direkte kontakt med brukerne av helsetjenesten. Vi har undersøkt hvordan førstelinjelederne opplevde sitt handlingsrom når de skulle imøtekomme kravet om å være ansvarlig og helhetstenkende, og i hvilken grad de anså sitt ansvarsområde til å gjelde organisasjonen som helhet. Å håndtere dilemmaene som kan oppstå i skjæringspunktet mellom ansvaret for enheten og ansvaret for organisasjonen som helhet er utfordrende. Sykehus er i tillegg hybride organisasjoner, noe som også representerer ledelsesutfordringer. Ulike logikker som den medisinske og den økonomisk/administrative logikk har forskjellige forståelseshorisonter og kan stå mot hverandre. Det er innført rapporter på mange områder som tydeliggjør at lederne har et stort ansvar for enhetens resultater. Førstelinjeledernes ansvar for helheten tydeliggjøres ikke på samme måte. Først vil vi presentere hva respondentene trakk frem når de snakket om dilemmaet som handler om hvordan de tok ansvar for egen enhet og organisasjonen som helhet. Deretter ser vi på hva respondentene sa om ferdigheter de opplevde som betydningsfulle for å kunne imøtekomme disse kravene, og til slutt hva de sa om lederstøtten de trengte.

4.1 *”Krav kan være motstridende. Det er en mellomleders helvete.”*

Dette utsagnet kom fra en av våre respondenter da hun beskrev opplevelsen hun hadde når hun måtte håndtere mange sammenfallende krav. Analysen av dilemmaet lederne stod i når de tok ansvar både for egen enhet og helheten, er delt inn i tre hovedområder: Personalressurser, korridorpasienter og økonomistyring. Dette er områder respondentene trakk frem når de beskrev sitt helhetlige ansvar. Ansvaret for personellressurser er omfattende, da det favner både om å rekruttere og å beholde personell, og om hvordan lederen utøver personalpolitikken. Lederen står i et dilemma når hun skal ivareta behovet for personell ved egen enhet, samtidig som hun skal være helhetstenkende og bidra til organisasjonens bemanningsbehov. I tillegg har lederen et ansvar for å ivareta tilbudet til pasientene ved egen enhet, samtidig som hun har et medansvar for at sykehuset ikke skal ha korridorpasienter. I artikkelen «Korridorpasienter i indremedisinske avdelinger i 1998 og 1999» i Tidsskriftet for

Den norske legeforening nr.22/2000, påpeker Skretting m.fl. at det å ligge på korridor som pasient svekker kvaliteten i den medisinske behandlingen og medfører økt fare for feilbehandling og uhell. Lederen har et ansvar for kvaliteten i de tjenester som leveres både i egen enhet og på sykehuset for øvrig, og for at egen enhet driftes innenfor de økonomiske rammene. For å kunne ivareta medansvaret for sykehusets totale økonomiske situasjon bør hun også ha kjennskap til regnskapet ved andre enheter i organisasjonen. Midlene skal forvaltes til det beste for å kunne ivareta oppgavene enhetene er ansvarlig for, men samtidig på en slik måte at et eventuelt underforbruk kan komme andre enheter til gode. Hvordan respondentene omtaler disse dilemmaene kan synliggjøre ledernes handlingsrom.

4.1.1 Personellressurser

Førstelinjelederne hadde ansvar for at enheten til enhver tid hadde tilstrekkelig personell med den kompetanse som var nødvendig for å ivareta forsvarlig drift. Lederne måtte drive med langsiktig planlegging, og løse akutte bemanningsutfordringer. Dette er i følge Yukl (i Grønhaug, 2011) en av grunnkategoriene en leder engasjerer seg i. Førstelinjelederen står i direkte kontakt med det Mintzberg (i Grønhaug, 2011) kaller produksjonslinjen, der tjenestene til pasienter og pårørende utføres.

Arbeidstilsynet gjennomførte tilsyn i 22 av landets helseforetak og 5 private sykehus i 2005. I prosjektrapporten «God vakt! Arbeidsmiljø i sykehus»⁸ fremkommer det at prioritering av arbeidsoppgaver er et dilemma for mange ledere. Pasientsikkerheten og balansen mellom oppgaver og bemanning må holdes innenfor gjeldende rammer, også når vedtatte endringer i organisasjonen skal innføres. Den daglige drift for ivaretagelse av pasientene, og de administrative oppgaver som etterspørres av overordnet ledelse blir prioritert, og det blir mindre tid til personalledelse og systematisk HMS-arbeid. Mange førstelinjeledere klarte ikke å være synlige og tilgjengelige ledere i tilstrekkelig grad. Pasientene skal oppleve en sammenhengende, helhetlig helsetjeneste fra alle de ulike enhetene. Kvalitet i tjenestene er slik sett en sammensatt utfordring. Førstelinjelederne er ansvarlig for å bidra til at pasientsikkerheten blir ivaretatt gjennom hele døgnet. Oppgavene må utføres av faglig kompetent personell og bemanningen må være tilstrekkelig. Arbeidet med å rekruttere og beholde medarbeidere er derfor en sentral lederoppgave. Alle respondentene sa de hadde stort handlingsrom i forhold til rekrutteringsprosessen og ansettelsesbeslutningen. De fleste sa at

⁸ Arbeidstilsynets prosjektrapport-God vakt! Arbeidsmiljø i sykehus
<http://www.arbeidstilsynet.no/binfil/download2.php?tid=90667>

de måtte søke til direktøren for å få tillatelse til å lyse ut ledige stillinger. Årsaken til at de måtte søke var de ikke sikker på, men de forklarte at dette i utgangspunktet var et tiltak som ble innført i forbindelse med stillingsstopp noen år tidligere. Førstelinjelederne har fullt personalansvar og på spørsmål om ledernes beslutningsmyndighet under ansettelsesprosesser, svarte en respondent slik:

”På grunn av, det var jo ansettelsesstopp før, så lenge det er inn forbi mine årsverk får jeg alltid ja, men jeg må spørre før stillingen kan lyses ut, så sånn sett har jeg jo ikke full styringsrett. Jeg vet ikke hvorfor det er slik lenger, har liksom ikke vært tatt vekk.”

Hele rekrutteringsprosessen i sykehuset kan ha preg av det Ouchi (i Pettersen, 2008) beskriver som adferdsstyring, og regelen om å måtte få tillatelse før man får lyse ut en stilling kan ses som en del av dette. Respondenten sa imidlertid at på tross av at det ikke lenger var stillingsstopp, var regelen opprettholdt, og at hun derfor ikke hadde full styringsrett. Lederne visste ikke hvorfor de fortsatt måtte få godkjenning for å lyse ut stillinger. Dette kan bety at forklaringsmodellen for innføringen av denne regelen var tilstrekkelig for dem, selv om de mente den ikke lenger var gyldig. Det kan tenkes at denne regelen bare inngikk som ett av mange ledd lederne måtte forholde seg til i utlysingsprosessen. Det at organisasjonen har mange rutiner knyttet til ansettelsesprosessen, kan oppfattes som detaljstyring. Rutinene kan samtidig representere en trygghet for den enkelte leder fordi det innebærer en kvalitetssikring av ansettelsesprosessene. Det kan fremstå som et paradoks at lederne på tross av mange regler likevel beskrev å ha et stort handlingsrom ved ansettelser. Respondentenes opplevelse av handlingsrom i ansettelsesprosessene kan ha vært knyttet til resultatet, altså hvem de faktisk ansatte, snarere enn til selve prosessen. Det er rimelig å tro at årsaken til at ingen av respondentene ville bruke tid på å stille spørsmål ved denne regelen, var at den egentlig ikke representerte noen betydning for dem. Erfaringen deres var at de alltid hadde fått bekreftende svar på sine søknader om utlysning. Ved at organisasjonen kjenner til hvor det er ledige stillinger, kan omplasseringer som av ulike grunner er nødvendig, lettere gjennomføres. Det kan derfor tenkes at en årsak til at denne regelen ble opprettholdt var at organisasjonens ansvar for de ansatte strekker seg utover den enheten den enkelte arbeider i. En respondent fortalte om diskusjoner hun hadde med sin leder i forbindelse med to rekrutteringsprosesser, der de hadde delte meninger om hvem som skulle ansettes. Diskusjonene resulterte i at respondenten ikke fikk ansette den kandidaten hun ønsket:

”Jeg tror ikke jeg må regne med at min leder omgjør det jeg beslutter, det var og en annen ansettelse, da var vi vel kanskje mer eller mindre enig i at den søkeren ikke var aktuell. Det har ikke vært så stor utskifting disse årene, og jeg tror ikke det vil bli så mange vanskeligheter. Det er jeg som lyser ut stillingene og velger hvem som skal være med i ansettelsesprosessen.”

Det er en selvmotsigelse i det denne respondenten sa om at hennes beslutninger ikke ville bli omgjort, selv om dette var noe som forekom. Hun regnet ikke med at hennes beslutninger ville bli omgjort av egen leder. Førstelinjeføreren fortalte at dette likevel hadde skjedd, men at det ikke var problematisk fordi det var sjelden de lyste ut stillinger. Det kan synes som om respondenten hadde begrenset myndighet i forhold til ansettelser siden hennes leder hadde tatt ansettelsesbeslutningen ved flere anledninger. Respondenten fortalte om diskusjonene hun hadde hatt med sin leder i forkant av ansettelsesbeslutningene. Det kan tenkes at førstelinjeføreren betraktet rollen hennes leder tok som lederstøtte, og at hun slik taklet dilemmaet med at egne beslutninger ble satt til side.

Respondentene ivaretok også ansvaret for å ha tilstrekkelig personell gjennom rekruttering fra andre enheter i organisasjonen. De ledet veldig ulike enheter, både hva gjaldt antall ansatte de hadde ansvar for, type spesialfunksjon og antall senger. Ved en av enhetene måtte alt personell ha spesialutdanning, noe som medførte en ekstra utfordring for lederen.

Respondenten la det fremtidige behovet hennes enhet hadde for spesialkompetent personell frem for de andre enhetslederne. Utvalgte personer ble så invitert til å hospitere ved hennes enhet for å motivere dem til å ta den aktuelle spesialiteten. Respondenten sa hun forsto ulempen dette medførte for de enhetene som da sto i fare for å miste dyktig personell. Mange av sykehusenhetene var avhengig av driften ved hennes enhet, og hun måtte derfor gjøre det som var nødvendig for å sørge for at hennes enhet hadde personell med rett kompetanse. Lederen sa at for å få til et slikt samarbeid var åpen kommunikasjon enhetslederne imellom en forutsetning. Viktigheten av god kommunikasjon ble også påpekt av en annen respondent. Hun fortalte at det over tid hadde foregått aktiv rekruttering innen hennes personalgruppe uten at hun hadde hatt kjennskap til det:

”Det er ikke alle prosesser som er like åpne og gode alltid. Det må jeg bare innrømme. Min avdeling ble tømt for gode ressurser fordi en annen avdeling hadde veldig behov for dem. (...) Jeg er opptatt av at det skal være litt åpent. Da jeg fikk en søker fra en annen avdeling tok jeg

kontakt med vedkommende leder og informerte om dette. Det løste vi veldig greit. Ikke noe problem.”

Å håndtere konflikter og danne nettverk er lederaktiviteter som i følge Yukl (i Grønhaug, 2011) inngår i lederens grunnaktiviteter. Denne respondenten fortalte om hvilke tanker hun gjorde seg om håndteringen av de utfordringer som kan oppstå i forbindelse med intern rekruttering. Hun mente det var viktig å være åpen i de tilfeller der ansatte fra andre enheter søkte stilling hos henne. I følge Sørhaug (1996) er tillit noe som må fortjenest og som oppstår i samhandling med andre. Det at respondenten tok kontakt med sine lederkolleger kan tolkes som at hun ville opptre som rollemodell, og bidra til å sette en standard for et samarbeid basert på tillit. En slik åpenhet kan medføre at lederne får innsikt i rekrutteringsprosessene som egne medarbeidere er en del av og kan da planlegge i forhold til dette. Lederen la til at det selvsagt var de ansatte selv som valgte hvor de ønsket å arbeide, og at det hun kunne gjøre var å fokusere på tiltak for å beholde dem. Gjennom god planlegging kan lederen unngå at stillinger blir stående unødvendig lenge vakante, noe som medfører en belastning for både driften totalt og for de ansatte.

Det å sørge for at enheten til enhver tid har tilstrekkelig bemanning som innehar den nødvendige kompetanse, utfordres også av forhold som ligger utenfor lederens handlingsområde. Lederne vi snakket med sa de bidro med personellressurser når det oppsto situasjoner ved andre enheter som gjorde det nødvendig å låne ut personell. De vanligste årsaker til dette var fravær av personale grunnet ferier, permisjoner, barns- og egen sykdom. Respondentene ved et av sykehusene fortalte at etter det ble opprettet et daglig samarbeidsmøte var det blitt enklere å se organisasjonen som helhet, noe som bidro til samarbeidet på tvers av enhetsgrensene. Organisasjonens struktur la slik til rette for at lederne fikk innsikt i hverandres enheter. Gjennom diskusjoner i samarbeidsmøtet ble helhetsansvaret synliggjort og kommunisert. På denne måten fikk lederne et bredere grunnlag når balansen mellom ansvaret for egen enhet og sykehuset som helhet skulle ivaretas. En av lederne som deltok på samarbeidsmøtet fortalte at hun i utgangspunktet hadde for lav bemanning. Hun ledet en enhet med stort behov for avlastning fra andre enheter:

”Hvis noe er frustrerende er det, må jeg vel si, at det er det som er det verste. Det er den daglige kampen å klare å skaffe rett bemanning, og hva er rett bemanning?”

Ettersom det er de ansatte som står i direkte kontakt med den enkelte pasient, foregår det også der en vurdering av bemanningsbehovet. Den ansattes vurdering avhenger blant annet av erfaring, kunnskap, evne til planlegging av eget arbeid og av hva de faglig sett vurderer som god nok pleie og behandling. Videre vil også kulturen påvirke hva medarbeiderne vurderer som rett bemanning, og hvordan arbeidsoppgaver og problemer skal forstås og håndteres. En respondent sa at de hadde fått tydelig beskjed om at mer ressurser ikke ville bli tilført, og at de måtte omdisponere det de hadde. Lederens kunnskap om sine medarbeidere og hvordan hun skal motivere dem, det dagsaktuelle aktivitetsbehovet og organiseringen i enheten, er derfor viktig:

”Hvordan bruker vi dagen, hva bruker vi tid på, kan vi arbeide annerledes, smartere, hvem gjør hva, hele tiden i forhold til daglig drift, daglig styring. Jeg må være kreativ i forhold til å motivere folk.”

Det kan være utfordrende for lederen å motivere de ansatte til å hjelpe til ved andre enheter. De ansatte kan ha ønsker om å være i det arbeidsmiljøet de har sterkest tilhørighet til, og ønske å gjøre en god jobb innenfor den enheten de mener de har sitt ansvarsområde. De ansatte kan ha toleranse for at enkelte pasientrettede oppgaver må utsettes på grunn av høyt arbeidspress innen egen enhet. Dette kan imidlertid være mer utfordrende å tolerere dersom årsaken til at oppgaver må utsettes er at personalet må hjelpe til ved andre enheter. De ansatte kan ha forventning til egen leder om at hun skal snakke deres sak og være det Mintzberg (i Grønhaug, 2011) betegner som talsmann slik det er illustrert i Figur 1. Det blir derfor viktig for lederen å gi god nok informasjon om hvorfor hun har vurdert det som riktig å bidra med hjelp. Mintzberg påpeker også at lederens oppgave som ressursfordeler er utfordrende da både ansatte og brukere kan ha en mening om hvordan personalressursene skal anvendes. Gjennom det daglige morgenmøtet der organisasjonens ressursutfordringer som helhet ble diskutert, fikk lederne innsikt og forståelse som var til hjelp når de vurderte eget ressursbehov og motiverte ansatte til å arbeide ved andre enheter. Ved sykehuset der de ikke hadde et slikt samarbeidsmøte hendte det likevel at lederne ble spurt om å låne ut personale:

”Når det er ønskelig at vi skal bidra andre steder synes jeg det er vanskelig. Vanskelig å presse de ansatte når jeg selv ikke ville være komfortabel med oppgaven.”

Respondenten fortalte at hun måtte være lojal til sine ledere og derfor ikke kunne tilkjennegi overfor personalet at hun syns det var vanskelig å be dem om å arbeide ved andre enheter. Det å opptre lojalt er ikke ensbetydende med lydighet. I visse situasjoner kan lojalitet føre til at lederen sier fra om ting hun mener vil være helt uriktig. I den ytterste konsekvens betyr det at lederen bør rapportere utenom organisasjonens vanlige tjenestevei, ved for eksempel å gå rett til toppledelsen med saken hun mener er uetisk eller ulovlig (Høst, 2014). Lederen sa dette om hvorfor lojalitet var viktig:

”Det er viktig fordi hvis det skal det være kraft i budskapet jeg kommer med, må jeg være lojal til ledelsen.”

Lederen sa hun håndterte dette ved å be de av personalet som aldri sa nei, for slik å unngå det hun kalte ”store bølger”. Når oversikten over sykehusets daglige bemanningsutfordringer ligger på ledernivået over førstelinjelederen, kan det være vanskelig for henne å begrunne overfor sitt personale tiltak hun må stå som ansvarlig for å iverksette. Å påvirke holdningene i personalgruppen for å prøve å skape en forståelse for at alle ansatte har ansvar for alle sykehusets pasienter, er en prosess lederne må arbeide med over tid. Dette kan ses i sammenheng med det Mintzberg (i Grønhaug, 2011) kaller leders ”entreprenørfunksjon” som handler om å være initiativtaker til at forandring og forbedring skal finne sted. For å få dette til på en god måte, er det nødvendig at lederen har innsikt og forståelse for den totale situasjonen. Når lederne vurderer om de kan bidra med personell og analyserer situasjonen i egen enhet og sykehuset totalt, får de oversikt over valgmulighetene de har. På bakgrunn av dette er det nærliggende å anta at den forståelse lederne får for organisasjonen gjennom møter der helhetlig ansvar er hovedfokus, gjør det lettere for dem å iverksette tiltak som kan være krevende. Lederne er en viktig premissleverandør for å skape en helhetlig forståelse for organisasjonen hos personalet. En av respondentene fortalte at enheten hun ledet hadde for lav grunnbemanning. Hun manglet alltid personale, og trengte ofte assistanse fra andre enheter:

”Jeg skjønner jo helheten, sykehuset og de oppgavene sykehuset har fått, de vi sammen skal løse, den økonomien vi har fått sammen. Men jeg ser også at jeg har en bemanningsplan som jeg mener ikke samsvarer med de oppgavene jeg har fått. Det er kjempefrustrerende.”

Denne lederen beskrev sitt handlingsrom som fraværende når det kom til personalressurser. Det ikke å kunne bidra med personale når andre trengte det, men alltid være den som tok i

mot hjelp, ga liten mulighet til å yte noe tilbake til helheten. Lederen sa hun var opptatt av å få frem at hun snudde alle steiner for å få maksimalt ut av sine ressurser. Dette kan bety at lederen ønsket å øke forståelsen hennes egen ledelse og medledere hadde for enhetens bemanningssituasjon. På denne måten kunne hun rettferdiggjøre behovet for hjelp og samtidig synliggjøre behovet for økt grunnbemanning. Det kan også bety at lederen ønsket å gi de ansatte en forståelse for organisasjonen som helhet, og for at hjelpen de mottok kunne få en innvirkning på tjenestene ved enheten som ga fra seg personell.

Respondentene fortalte at de bidro med ressurser til andre enheter når de av ulike grunner trengte personell. Der de hadde et samarbeidsmøte med ressursbehov som fokus hadde lederne et bredere beslutningsgrunnlag enn ved sykehuset som ikke hadde et slikt møte. God kommunikasjon ble fremhevet som viktig for at prosessene rundt utlån og rekruttering av personell skulle være åpne og tillitsfremmende.

4.1.2 Korridorpasienter

Prioriteringsforskriften sier at pasienten har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten etter Lov om pasient- og brukerrettigheter⁹ § 2-1b annet ledd etter bestemte kriterier. Alle pasienter som vurderes til å ha rett til prioritert helsehjelp, skal ha fastsatt en dato for oppstart av behandling. Ved fastsettelse av fristen får spesialisthelsetjenesten en juridisk bindende forpliktelse til å oppfylle pasientens rettighet, og pasienten får rettslig krav på behandling innen den fristen som er oppsatt. Fristbrudd oppstår når helsehjelpen startes etter den fastsatte fristen og pasienten kan da henvende seg til Helfo pasientformidling.¹⁰ Helfo tar da kontakt med det sykehuset som har brutt fristen for å sjekke om de klarer å tilby behandling innen 10 virkedager. Dersom dette ikke lar seg gjøre vil Helfo pasientformidling finne et behandlingstilbud ved en annen behandlingsinstitusjon. Utgiftene knyttet til behandlingen sendes til det sykehuset som har brutt fristen. Ansvaret sykehusene har for å ta imot pasienter som har behov for øyeblikkelig hjelp er tydeliggjort i NOU 1998: nr. 9 «Hvis det haster...».¹¹ Sykehusene har lovmessig plikt til å ta imot pasienter tiltrengende øyeblikkelig-hjelp og synes å praktisere plikten til å ta imot pasienter videre enn det lovens formuleringer tilsier at de må. Loven praktiseres slik at «plikt til å motta» innebærer plikt til å

⁹ Lov om pasient- og brukerrettigheter <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

¹⁰ Helfo pasientformidling www.helfo.no

¹¹ NOU 1998: nr. 9 Hvis det haster... Faglige krav til akuttmedisinsk beredskap <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-1998-9/id141301/?ch=1>

undersøke/foreta «nødvendig vurdering», eventuelt gi nødvendig primærbehandling, men ikke nødvendigvis ferdigbehandle pasienten. Helsetilsynets rapport fra 2001 «Sengekapasitet og kapasitetsutnyttelse ved somatiske sykehus i Norge»¹², viste at overbelegg er klart knyttet til avdelinger med øyeblikkelig-hjelp funksjon. Ved noen sykehusavdelinger er andelen øyeblikkelig hjelp innleggelser 85-90 %. Sykehusene har ventelister for pasienter med rett til helsehjelp, noe som medfører fare for fristbrudd. De har også et øyeblikkelig-hjelp ansvar. Dette resulterer i stort press på sykehussengene og innebærer en utfordring for hele sykehusorganisasjonen. Krav om at det ikke skal ligge pasienter i sykehuskorridorer møter kravet om at fristbrudd ikke skal forekomme. Dette kan være et dilemma ved at enhetene har et begrenset antall sengeplasser. For å unngå at pasienter må ligge i korridoren vil det være perioder der de ulike enhetene må stille sengeplasser til rådighet for andre enheter. En korridorpatient er i følge Helsedirektoratet en pasient som ligger i en seng i en av sykehusets korridorer, på et bad, et skyllerom, en dagligstue eller lignende. Pasienter regnes også som korridorpatienter når de blir lagt på gangen for at personalet bedre skal kunne observere pasienten, eller fordi pasienten har behov for kontakt med personalet. En av Helsedirektoratets kvalitetsindikatorer for sykehusopphold omhandler antall korridorpatienter.¹³ I Helsedirektoratets beskrivelse av indikatoren begrunnes indikatoren som relevant fordi pasienter som blir liggende på gangen ikke får god nok behandling og pleie. Det er vanskelig å ivareta den lovpålagte taushetsplikten for pasienter som ligger i gangene eller i andre fellesrom. I tillegg kan pasientene oppleve at det går ut over deres personlige integritet og verdighet. Pasienter i korridor vil også representere et sikkerhetsmessig avvik i forhold til brann- og internkontrollforskriften. Flere av lederne i vår undersøkelse sa at det å håndtere kravet om at det ikke skal forekomme korridorpatienter var krevende. En respondent fortalte at det var vanskelig å balansere kravet om å tilby sengeplasser til den pasientgruppen enheten hadde et regionalt ansvar for, og kravet om å hjelpe til for å unngå at pasienter ble liggende på korridor ved andre enheter i sykehuset. Førstelinjelederen må balansere ansvaret hun har for egen enhet og krav hun opplever sykehuset som helhet stiller til henne. Dette setter henne i et krevende dilemma når hun skal avgjøre hvordan ressursene hun rår over skal benyttes. Respondenten sa hun hele tiden måtte ha oversikt over avdelingens pasientinntak, slik at hun på best mulig måte kunne håndtere kravene. Hun sa hun ønsket at overlegen som var faglig ansvarlig innenfor enhetens spesialområde, informerte henne når han tok imot en pasient

¹² Helsetilsynets rapport fra 2001

https://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/andrepublikasjoner/sengekapasitet_somatiske_sykehus_norge.pdf

¹³ <https://helsenorge.no/Kvalitetsindikatorer/kvalitetsindikator-sykehusopphold/antall-korridorpatienter-pa-sykehus>

tilhørende enheten. Førstelinjelederen påpekte viktigheten av å ha dialog med overlegen. Hun fortalte det var hun som leder som var ansvarlig for å finne løsninger på hvordan enheten kunne bidra når andre enheter hadde pasienter i korridor. Hun beskrev utfordringen med å ta dette helhetsansvaret slik:

”Skal det være mitt problem at sykehuset koker over av andre pasienter? Den er ikke så enkel å stå i. Ser at det er et kjempeproblem for sykehuset, de har sine krav til at det ikke skal være korridorpasienter. Hele tiden spør jeg meg, gjør jeg det rette nå? Forvalter jeg ressursene riktig?”

Her kan det i første omgang synes som om lederen mente at korridorpasienter ved andre enheter på sykehuset ikke egentlig var hennes ansvar. Dette kan bety at hun ikke opplevde et ansvar for andre enheter, og derfor ikke for organisasjonen som helhet. Utsagnet kan også være et uttrykk for den vanskelige situasjonen lederen opplevde å stå i når hun skulle håndtere dilemmaet knyttet til korridorpasienter og når hun skulle vurdere på hvilken måte hun og hennes enhet kunne bidra. Respondenten sa hun hele tiden var opptatt av om hun gjorde det rette, om hun forvaltet ressursene riktig overfor både den pasientgruppen hennes enhet skulle ta ansvar for, og for organisasjonens pasienter totalt sett. Hun fortalte at hun hadde formidlet dette dilemmaet til ledelsen og at dette hadde medført at det ble satt en begrensning på hvor mange sengeplasser ved hennes enhet som kunne benyttes til korridorpasienter. En annen måte respondenten også håndterte dette dilemmaet på, var ved å ha dialog med overlegen som vurderte pasienthenvisninger:

”Dette medfører at jeg må vite inntaket hele tiden. Har overlegen tatt inn en uten at jeg vet det, gir jeg tilbakemelding om at jeg må vite da de ikke kan vite hva jeg har sagt ja til. Er jeg som står med ansvaret for inntaket.”

Samtidig som respondenten spurte seg om det skulle være hennes ansvar at sykehuset hadde korridorpasienter, fastslo hun at ansvaret for inntaket var hennes. Gjennom det mandat hun som leder hadde til å utøve skjønn og ved å anvende kreativitet, prøvde hun å vurdere situasjonen for å finne løsninger som medførte at ressursene ble anvendt på best mulig vis. Lederen utøvde skjønn og foretok bedømmelser av situasjonen og hvilke plikter og normer som gjaldt. Det at respondenten i første omgang spurte seg om det var hennes ansvar at sykehuset hadde korridorpasienter, men likevel fastslo at ansvaret for inntaket var hennes, kan

synliggjøre det Molander og Terum (2008) sier om at det har vært en dreining mot økt grad av «accountability» for ledere i helsevesenet.

Ulike organisatoriske løsninger kan bidra til å skape et samarbeid på tvers av enhetene og gjøre det enklere for førstelinjelederne å ivareta et helhetlig ansvar. En av lederne ved sykehuset som hadde etablert et daglig samarbeidsmøte med fordeling av ressurser som fokus, sa hun mente at førstelinjelederne var blitt flinkere til å se helheten etter dette møtet ble opprettet. Hun brukte den oversikten og forståelsen hun fikk på møtet blant annet til å kunne forklare sitt personale bakgrunnen når de måtte ta imot andre pasienter enn de som tilhørte deres egen enhet. At organisasjonen hadde et slikt møte kan sees på som det Ouchi (i Pettersen, 2008) betegner som adferdsstyring. De forventningene som lå i møtets hensikt, bidro til å skape et felles ansvar for pasientlogistikken. En av respondentene sa at de samarbeidet tett når det gjaldt både personell og pasienter. Selv om det daglige samarbeidsmøtet gjorde det enklere for førstelinjelederne å ivareta helhetsansvaret for sykehusets pasienter, fant vi at respondentene ved sykehuset som ikke hadde et slikt møte også tok et helhetlig ansvar. Dette kan bety at det ikke er møtestrukturen i seg selv som bidrar til at lederne tar et helhetsansvar, men at det heller er ledernes ansvarlighet og lojalitet til pasientene og sykehusledelsen som var årsaken til at de tok ansvar for å unngå at pasienter måtte ligge på korridor.

4.1.3 Økonomistyring

Førstelinjelederne har ansvar for at driften styres innenfor enhetens økonomiske rammer. Økonomistyring er en prosess som foregår kontinuerlig. Sykehusenes toppledelse har ansvar for å lage de strategiske planene, og enhetsnivået har ansvaret for å arbeide mot å nå målene gjennom å følge opp forutsetningene som ligger i budsjettet (Lian, 2007). Etter at budsjettprosesser er gjennomført i klinikkene fordeles budsjettene ut til enhetene. Budsjettering handler blant annet om å spå om fremtiden. Prosessen handler om å beregne hva driften av sykehuset og den enkelte enhet kommer til å koste, og hvilke prioriteringer som er nødvendige for å holde kostnadene innenfor budsjettrammen. Førstelinjelederne må også forklare årsaken til et eventuelt under- eller overforbruk i fjorårets regnskap. I Figur 1 viser Mintzberg (i Grønhaug, 2011) at det er viktig at leder har ferdigheter i forhold til å være forhandler og talsmann for sin enhet når der foregår forhandlinger i organisasjonen. Vi fant i vår studie at lederne var opptatt av å ta ansvar for å holde driften innenfor budsjettet. Alle respondentene sa de deltok på årlige budsjettmøter hvor de brakte inn de behov og ønsker de

hadde for sin enhet. Alle hadde en fullmaktsmatrise, og over halvparten mente den ga en god oversikt over hvilke økonomiske fullmakter de hadde. Dette kan tyde på at det formelle handlingsrommet i forhold til økonomiansvar var klart kommunisert i organisasjonen. Respondentene beskrev sitt ansvar for å bidra til en realistisk budsjettprosess og å administrere budsjettet slik at de ikke fikk et overforbruk. For å ivareta dette ansvaret kreves det at førstelinjelederen har den nødvendige oversikt over enhetens forbruk, også over de forhold hun ikke rår over. Usikre momenter som for eksempel turnover, sykefravær, pasientsammensetning og kostnader knyttet til medisiner og medisinsk teknisk utstyr vil påvirke regnskapet.

En respondent sa det hendte hun måtte ta i bruk overtid til tross for at dette var dyrt. Hun sa det likevel var nødvendig for at enheten til enhver tid skulle ha den nødvendige kompetanse for å kunne ivareta pasientenes behov. Å være leder i hybride organisasjoner som sykehus, er i følge Johansen (2010) utfordrende fordi det må foretas prioriteringer mellom helsefaglige hensyn på den ene siden og rent økonomisk-administrative hensyn på den andre. Dette kan skape usikkerhet når beslutninger skal tas. En av respondentene fortalte at personer uten budsjettansvar kunne ta beslutninger som medførte uforutsigbare utgifter:

«Det er ofte legene som bruker budsjettet ditt, og de har ikke et forhold til hva ting koster. (Jeg) Leder ikke legene, men leder den driften de er en del av, og deres leder har ikke økonomiansvar for denne avdelingen. Det er kjempevanskelig. (...) Må ha en god dialog hele veien. Få legene til å skjønne ting, at jeg har budsjettansvar her og må ha oversikt over hva de bruker og sånne ting. Det betyr at de beslutningene jeg tar vedrørende dette kan gjøres om av andre, og jeg må da prøve styre innenfor den nye forutsetningen».

Utsagnet kan synliggjøre at sykehus er ekspertorganisasjoner med høye krav til spesialkompetanse og samarbeid. I følge Mintzberg (i Pettersen, 2008) kjennetegnes sykehus ved sterke og parallelle autoritetshierarkier hvor spesialistkompetansen befinner seg i det han betegner som produksjonslinjen, altså nært pasientene. Sykehus er et profesjonelt byråkrati og kan ha mange uformelle ledere. Autoritet er knyttet til ekspertise, og organisasjonen kan derfor ofte ha aktører som ikke har formelle lederoppgaver. Respondentene fortalte om utfordringer som oppsto fordi legene tok beslutninger uten å ha formelt økonomiansvar. I følge Haug (2009) er det for få leger som er klar over prisen på de ressurser de rekvirerer. Haug mener det er helt nødvendig at leger kjenner til hvilke økonomiske konsekvenser de

avgjørelser de tar kan få. En av lederne sa at dersom legene rekvirerte nytt utstyr som det ikke var budsjettet for, var det ønskelig at investeringen resulterte i bedre kvalitet i pasientbehandlingen, kortere liggetid eller økt aktivitet. Dialog og samarbeid med legene og å styre innenfor endrede økonomiske forutsetninger, ble av lederne fremhevet som nødvendig i arbeidet for å ivareta økonomiansvaret.

Ved at profesjonsgrupper har en ulik forståelseshorisont kan dilemmaer og konflikter oppstå. Dialog med de ulike profesjonsgruppene blir derfor viktig og kan bidra til at lederne får bedre innsikt og oversikt. En persons forståelseshorisont blir av Nordby (2009) beskrevet som personens perspektiv på seg selv og verden. Forståelseshorisonten omfatter de oppfatninger og tanker en person har, i tillegg til holdninger som verdier, normer, interesser og subjektive erfaringer. Ved å forholde seg samtidig til den økonomisk/administrative logikken og den medisinske logikken, kan lederen se tingene klarere og bidra til en gjensidig forståelse. Llewellyn (2001) bruker metaforen to-veis vindu for å illustrere at selv om det kan være utfordrende å forholde seg til ulike former for forståelse, kan det også være mulighetsskapende. Økt kunnskap kan gjøre at lederen får større innsikt i ulike perspektiver, noe som igjen kan føre til bedre kommunikasjon (Johansen, 2005). En respondent fortalte at de hvert år strevde med et overforbruk. Hun snakket i den forbindelse om hvilke utfordringer som kunne oppstå når hun skulle gjøre seg forstått og partene hadde ulike forståelseshorisonter:

«(Vi har) lite handlingsrom, forferdelig tungt innenfor det økonomiske. Vi sliter veldig, og det er vanskelig å nå frem spesielt til controller med forståelse for hvilke oppgaver vi har.»

Respondenten sa at de hadde fått tydelig beskjed om at mer ressurser ikke ville bli tilført, og at de måtte omdisponere det de hadde. Lederen mente det var viktig å være kreativ for å få kommunisert enhetens utfordringer. Helseledere samarbeider ofte med aktører med ulik faglig bakgrunn, og god kommunikasjon forutsetter at man forstår hverandre på en god måte. Nordby påpeker at helseledere har en spesiell utfordring ved at de i kraft av å være ledere, har ansvar for å ivareta god kommunikasjon på tvers av faglige motsetninger. Verdispørsmål styrer i stor grad kommunikasjon om sykdom og helseplager. Dårlig kommunikasjon kan oppstå dersom en person ikke anerkjenner andres verdier som verdier, men kritiserer dem som om det handler om sannhet eller usannhet (Nordby, 2009). Ved å bruke kreativitet tilstrebet respondenten å få til en kommunikasjon som bidro til en forståelse som skulle gi grunnlag for

å få tilført tilstrekkelige ressurser. Lederen mente at enhetens budsjett ikke samsvarte med behovet, og at det var umulig å drifte innenfor budsjettrammen. Respondenten fortalte videre hvordan det påvirket henne at hun ikke klarte å styre innenfor enhetens økonomiske rammer:

”Det er veldig demotiverende å måtte styre etter noe som ikke er riktig for da vil jeg jo alltid komme ut som en ”taper” eller ikke lykkes. Det er tungt å alltid måtte gå i oppoverbakke.”

Respondenten fortalte at hun arbeidet med tiltak i håp om å kunne bedre enhetens økonomiske ramme, og at tilbakemeldingene hun hadde fått ga henne en mulighet til å lære hvordan hun kunne justere tiltakene sine. Lederen beskrev en opplevelse av å være demotivert, men fant likevel motivasjon til å arbeide med tiltak. Dette kan tolkes som en selvmotsigelse, men kan likevel forstås som et uttrykk for det ansvaret hun tok for enhetens budsjett. Autonomi er i følge Espedal og Kvitastein (2012) en viktig motivasjonsfaktor for å kunne påta seg lederansvar.

Vi fant i vår studie at lederne opplevde at enhetenes økonomiske rammer var forskjellig, og at noen strevde mer med å holde budsjettet enn andre. Flere av respondentene fortalte at de hadde forståelse for at ledelsen ønsket at de kjente til sykehusets totaløkonomi og at de forsto at deres enhet var en del av den. Respondentene beskrev at de visste hvor de kunne finne regnskapstall for andre enheter, men at dette ikke hadde betydning for hvordan de styrte budsjettet ved egen enhet. Sykehusets økonomi ble gjennomgått i månedlige ledermøter:

”Vi får jo jevnlig oversikt over hvor mye de andre avdelingene har brukt, månedlige rapporter. Jeg syns det er veldig greit å følge med, vi ser jo huset litt under ett, det er jo ikke bare hver avdeling men sluttsummen gjelder jo hele huset. Jeg vet jo at andre avdelinger sliter mer enn det jeg gjør, at de hadde mer rødt enn det jeg hadde. Vi tenker vel litt sånn alle her, at vi er små hver for oss, men når vi blir sett på... så ser de vel ikke på en og en avdeling, men de ser jo på sykehuset som en enhet.”

Utsagnet sammenfalt med hvordan flere av førstelinjelederne forholdt seg til hele sykehusets regnskap og budsjett. Ved å være lojal til budsjettrammen for egen enhet bidro de til sykehusets totale økonomi. I ”Nasjonal plattform for ledelse av helseforetak”⁴ tydeliggjøres viktigheten av at ledere er ansvarlige og helhetstenkende. Det å ha en god forståelse for helheten er i følge rapporten en forutsetning for å lykkes som leder. Selv om respondentene

beskrev en lojalitet til egen budsjettramme, kunne det likevel oppstå situasjoner der den enkelte enhet måtte gjøre innsparinger av hensyn til sykehusets totale økonomiske situasjon:

”Skulle dekke inn et underskudd i fjor, ble veldig sann holdning til at det var et felles løft. Ble laget tiltakspakker på ulike ting, både positivt og negativt. Gikk gjennom prosesser, fant at noen ting ble gjort tungvint.”

Denne respondenten beskrev at det å ha deltatt på et fellesløft var positivt, til tross for at hun måtte iverksette innsparingstiltak innen egen enhet. Hun sa at gjennomgangen de hadde hatt resulterte i en forbedring økonomisk, samtidig som det ga et bedre tilbud til pasientene. Tilhørighet til organisasjonen som helhet så ut til å ha betydning for ledernes motivasjon til å ta ansvar for helheten i tillegg til ansvaret de hadde for egen enhet. Det kan tenkes at ledernes motivasjon i forhold til ekstraordinære innsparingstiltak hadde sammenheng med sykehusets totale økonomisituasjon. En respondent sa i denne sammenheng at det ikke var noen økonomiske incitamenter i organisasjonen som motiverte til innsparinger til fordel for egen enhet:

”Ikke akkurat en frustrasjon, men hvis vi er veldig flink å spare penger, har tatt imot flere pasienter enn vi budsjettert for, og derfor går i pluss, får vi ikke bruke de pengene i neste omgang.”

Det at respondenten sier at det ”ikke akkurat er en frustrasjon” kan tenkes å ha en sammenheng med at hun har forståelse for hva som er årsaken til at de ikke selv får bruke innsparte midler. At det ikke foreligger slike incitamenter kan imidlertid påvirke ledernes motivasjon til å iverksette innsparende tiltak. Det kan i utgangspunktet virke som om respondentene ikke tok et helhetlig ansvar når det kom til økonomi fordi de i hovedsak hadde fokus på å holde eget budsjett. Det fremkom likevel at lederne var opptatt av og forstod at deres enhet utgjorde en del av hele sykehusorganisasjonen når de ble betraktet utenfra. Dette kan handle om ledernes helsefaglige kunnskap og forståelse for hva som ligger til grunn for at alle pasientene ved sykehuset skal motta tjenester av god kvalitet. Våre funn tyder på at lederne var seg bevisst ansvaret de hadde:

”Det veier ganske tungt. Det er et stort ansvar. Jeg har fått ansvaret over veldig mange mennesker sine arbeidsliv og privatliv. (...) jeg har ansvar for at pasientene våre har et godt

opphold og får kompetent personell til sengen sin. Jeg har ansvar for å holde meg innenfor budsjettet, og at de midlene blir brukt på en fornuftig måte.”

De senere års reformer i helsesektoren har ført til en dreining mot økt grad av «accountability» for ledere i helsevesenet, og at lederrollen har fått mer tyngde. Innføringen av New Public Management hadde blant annet som hensikt at profesjonelle skulle gå fra å være ansvarlige, til i tillegg å bli mer spesifikt redegjørende og tilregnelige (Molander, 2008). Det kan synes som om måten respondentene forholder seg til økonomiansvaret på kan samsvare med begrepet ”accountability”. ”Accountability” innebærer i følge Molander (2008) at lederne i tillegg til å være ansvarlige, også er redegjørende og etterrettelige. Ansvar for å holde de økonomiske rammene, både innen egen enhet og i forhold til det ansvar de tok for organisasjonen som helhet, ble av alle respondentene beskrevet som en sentral oppgave.

4.2 ”Jeg har valgt å bare være den jeg er og hente ut de tingene i meg jeg ønsker å forsterke som leder”

En av våre respondenter sa dette når hun snakket om personlige ferdigheter som var viktige i lederrollen. I analysen av hva lederne opplevde som betydningsfullt for å håndtere motstridende krav når de skulle ivareta det helhetlige ansvaret, fant vi at det lederne sa kan kategoriseres i tre hovedområder: Betydningen av helsefaglig kunnskap, betydningen av tillit og betydningen av det å være oppfinnsom i ledergjerningen. Når lederne skal ivareta sitt helhetlige ansvar står hensynet til pasienten og samarbeidet med enhetens profesjonsutøvere sentralt, og leders helsefaglige forståelse er derfor av betydning. Tillit har betydning for den enkelte leders mulighet til å påvirke sitt handlingsrom fordi selv om en leder har makt, vil makten ikke ha langvarig bærekraft uten at tilliten er der (Sørhaug, 1996). I tillegg kan ledernes evne til å være oppfinnsom i lederrollen være en ressurs når de skal finne løsninger på motstridende problemstillinger. Lederens handlingsrom kan bli synlig i spenningsfeltet som oppstår når kvalitet i helsetjenestene skal ivaretas og rammer skal overholdes. Kunnskaper og erfaring med å ta risiko kan ha betydning for utfallet av valg lederen tar.

4.2.1 Helsefaglig forståelse

Fra 1. juli 1997 ble innsatsstyrt finansiering (ISF) innført, der målsettingen primært var å få til en økning i behandlingsaktiviteten. Ledere har mange oppgaver som knyttes til administrasjon og økonomi, og etter innføringen av helsereformene ble det fokusert mer på effektivitet ut fra et økonomisk ståsted. Lederne blir målt på aktivitets-, økonomi- og

kvalitetsindikatorer, og de må bidra til at tiltak iverksettes der det er nødvendig. Hvordan ledere oppfatter disse kravene og rammebetingelsene, vil prege de valgene de gjør. Påvirkningen New Public Management har hatt på det norske helsevesen, har blant annet resultert i innføring av enhetlig ledelse. Christensen og Lægreid (2002) trekker frem profesjonell ledelse som et av de sentrale elementene ved reformen. Ved profesjonell ledelse ser en ledelse som et fag, og det å utvikle strategier og mestre endringer anses som viktigere enn helsefaglig kompetanse (Naustdal, 2008). Pettersen og Solstad (2014) har undersøkt fem helseforetak og funnet ut hva som skjer når to styringsprinsipper som de bedriftsøkonomiske prinsippene på den ene siden, og de helseprofesjonsbaserte på den andre møtes under samme tak. De fant at helsepersonell i utgangspunktet har en helt annen forståelse av arbeidsdagen sin, da deres lojalitet i større grad er knyttet til pasientene og profesjonen. Ledere med helsefaglig bakgrunn har først og fremst lojalitet til faget. I situasjoner der de må gjøre prioriteringer vil pasienten komme først selv om dette vil kunne medføre budsjettoverskridelser (Solstad, 2014).

En respondent sa at når hun opplevde at kravene var motstridende, fulgte hun magefølelsen sin. Hun la til at hun hadde lojalitet til rammene hun hadde fått, men også til kravene som ble stilt fra pasienter, pårørende og ansatte. Hun sa at egen helsefagutdanning påvirket henne når hun skulle ivareta balansegangen mellom krav og rammer. Kunnskap innen enhetens kliniske fagfelt er av betydning for hvordan lederen forvalter ressursene. En annen av respondentene hadde ledererfaring fra andre steder enn helsevesenet. Hun uttalte at den største forskjellen på denne og tidligere lederroller, var at hun som leder i sykehuset først og fremst hadde ansvar for pasientene. Hun beskrev at de hun ledet hadde en helsefaglig spesialkompetanse og at mange i tillegg hadde svært lang erfaring. Dette kunne gjøre det utfordrende dersom hun ønsket å gjennomføre endringer:

”De har en unik kompetanse her med lang erfaring, sånn er det på mange andre avdelinger også, at skal du gjennomføre endringer så skal du vite godt hva du gjør. Det er det vanskeligste. Du kan lede så mye du vil her, men hvis det ikke passer med faget, så spiller det ingen rolle.”

I kunnskapsorganisasjoner kan det oppstå en motsigelse mellom hierarkisk styring og de ansattes faglige autonomi. Førstelinjelederen peker her på hvordan helsefaget ikke kan adskilles fra ledelsesfaget. Dette sammenfaller med det Llewellyn (2001) betegner som two-

way window. Ledere som har en helsefaglig bakgrunn kan integrere administrative ledelsesoppgaver i sitt arbeid. Administrative ledere har derimot ikke den nødvendige helsefaglige bakgrunn for å kunne foreta en slik integrering. Helseledere kan i følge Llewellyn utvikle en ny kunnskap fordi de kan se begge logikkene. Mintzberg (i Grønhaug, 2011) omtaler leders rolle som beslutningstaker, der leder har en entreprenørfunksjon som initiativtaker til at forandring og forbedring skal finne sted. I følge Strand (2010) påvirkes størrelsen på handlingsrommet av lederens egen oppfatning av hvor stort det er, og gjennom evnen til å se muligheter. Respondenten betraktet det å ha kunnskap om og forståelse for helsefaget som nødvendig i sin lederrolle. Hun måtte forholde seg til at de ansatte hadde stor faglig tyngde når hun skulle velge løsninger. I respondentens uttalelse *”Du kan lede så mye du vil”*, lå kanskje en oppdagelse av at et ensidig fokus på administrative løsninger ikke ville være nok til å få gjennomført nødvendige endringer. En annen respondent delte følgende betraktninger om betydningen av å ha helsefaglig kunnskap:

”Jeg er opptatt av å være faglig oppdatert slik at jeg ikke bare blir en leder-leder. Jeg skal ha en faglig autoritet i min egen avdeling.”

Vi oppfatter at det er lederens administrative rolle hun henviser til gjennom uttrykket *”leder-leder”*. For å fremstå som en troverdig rollemodell og ha den nødvendige tyngde i ulike beslutningssammenhenger, var hun opptatt av å holde seg oppdatert innen avdelingens helsefaglige spesialfelt. I sammenheng med fordeling av kursmidler fortalte en av respondentene at hun hadde opplevd å få spørsmål fra personalet om hvorfor hun som var leder tok kurs innen enhetens fagområde. Medarbeidere kan ha en oppfatning om at lederen kun er en administrator og derfor ikke trenger påfyll i forhold til det kliniske fagfeltet. En respondent fortalte at dette var noe hun hadde erfart:

”Jeg prøver å fordele kurs så likt som mulig. (...) Har fått tilbakemelding fra personalet med spørsmål om egen kursdeltagelse. Det biter ikke så mye nå lenger, da fagkunnskap er viktig for leder.”

Det kan synes som om denne lederens erfaring gjorde det lettere for henne å stå i de prioriteringer hun måtte gjøre når hun skulle planlegge hvem som kunne delta på kurs. For noen ledere kan det være lett å nedprioritere seg selv i forhold til å delta på klinisk rettede kurs, da de som til daglig utfører de pasientnære tjenestene naturlig kommer i første rekke. I

følge Strand (2010) er hovedkravet til ledere i en byråkratisk organisasjon å ivareta organisasjonens rutinemessige virksomheter, og å hindre uønskede hendelser og avvik. Lederne må derfor kjenne rutiner og prosedyrer slik at de kan vurdere om disse samsvarer med de overordnede prinsipper og direktiver. For å kunne ivareta dette ansvaret er det nødvendig at lederne holder seg oppdatert innen enhetens fagområde. Lederskap er følge Grønhaug (2011) sterkt knyttet til det å utvikle og formulere strategier, og å legge planer for virksomheten. Dette dreier seg blant annet om arbeidstidsplanlegging, ivareta den daglige drift, legge planer for enhetens fremtidige utvikling og ivareta et godt samarbeid internt og eksternt. Mange av våre respondenter beskrev at de var opptatt av plan og strategiarbeid. En leder fortalte at det hun alltid hadde likt med å være leder var arbeidet med å utvikle enheten:

”Jeg opplever meg som leder fordi jeg kjenner at jeg har lyst å bidra, til å se at ting går i en retning. Det jeg som leder kan bidra til er at pasientene kommer til en plass der de blir sett og tatt i mot med respekt. (...) Egen opplevelse av å være leder er at leder ser fremover både for enheten og organisasjonen. Hvordan gjøre tjenestene bedre til beste for sykehuset og for dem som jobber her.”

Dette utsagnet belyser bevisstheten flere av våre respondenter hadde i forhold til ansvaret de hadde for å utvikle og forme de tjenestene sykehuset skulle levere. Figur 2 (Grønhaug, 2011) viser forholdet mellom leders rolle og administrators rolle. Utsagnene kan vise at selv om respondentene fortalte at de hadde mange administrative oppgaver, var de opptatt av å utvikle og formulere strategier og å legge planer for virksomheten slik figuren illustrerer. Får lederen lite tid på grunn av for mye administrative oppgaver, er det fare for at arbeid med planer og strategier må nedprioriteres, og ledernivåene over kan bli stående alene som premissleverandører for dette arbeidet. Det kan da tenkes at innsikten førstelinjelederne har i forhold til nivået som leverer tjenestene i verste fall uteblir. Dette kan medføre at viktig kunnskap ikke tas med når endringer skal planlegges. Det kan også medføre en risiko for at innføring av pålagte endringer i organisasjonen kan ta lenger tid enn nødvendig.

Respondentene mente at for å kunne ivareta førstelinjelederrollen måtte de ha en helsefaglig utdanningsbakgrunn. De stod i et dilemma når de skulle ta ansvar for at den helsefaglige kvaliteten ble ivaretatt innenfor de økonomiske rammene. For å håndtere dette, sørget lederne for å holde seg helsefaglig oppdatert og på å delta i utvikling og forming av tjenestene sykehuset skulle levere. Dersom faglige vurderinger tilsa det tok førstelinjelederne

beslutninger som kunne medføre underskudd.

4.2.2 Tillit

En leder vil som en viktig del av lederrollen utøve makt enten hun er seg det bevisst eller ikke, men i følge Sørhaug (1996) vil makt over tid ikke kunne fungere uten tillit.

Respondentene snakket om betydningen av å ha tillit som leder, men få beskrev å ha et forhold til maktbegrepet. På spørsmål om de opplevde å ha makt, sa en av respondentene dette:

”Jeg vet ikke akkurat om jeg har makt, nei, kanskje jeg ikke er så flink til å bruke makt. Har kanskje noe å lære der, har jo lært at jeg må gi beskjed.”

Dette kan bety at respondenten ikke er seg makten hun har bevisst. Det kan også handle om at hun ikke er vant til eller fortrolig med å relatere seg til begrepet makt. Det kan tenkes at lederen definerer makt som et uttrykk for en mer autoritær lederstil, og at dette kan komme i konflikt med egen oppfatning av det å være en demokratisk leder. De ansatte er kunnskapsbærere, og lederen er avhengig av deres kompetanse for å kunne tilby pasientene tjenester av god kvalitet. Makten sitter slik sett også hos de ansatte, hvilket kan ses i sammenheng med det Mintzberg (i Pettersen, 2008) sier om at høyt utdannede profesjonelle ikke kan kommanderes, men må overtales med argumenter. Respondenten sa hun ikke visste om hun hadde makt, men at hun trodde hun hadde noe å lære i forhold til dette. I følge Sørhaug (1996) vil makt alltid være en trussel for tillit, men tillit vil på den andre side på indirekte vis være avhengig av makt. De ansatte forutsetter at den de gir tillit, både ønsker og har makt til å beskytte dem- og at lederen ivaretar deres interesser. I en organisasjon gir de ansatte tillit til ledelsen fordi de forventer at lederne beskytter mot det som kan true den enkeltes arbeidsplass, og at lederne har makt og vilje nok til å ivareta og videreutvikle organisasjonen. Lederen må også ha evne og vilje til å ivareta den enkelte ansattes selvbilde og egenverdi. Dette reguleres av regelverk som må håndteres av lederen på en slik måte at de ansatte opplever å ha den nødvendige tryggheten som tilliten er avhengig av. Tillit uten at ledelsen innehar en troverdig mulighet til maktbruk, kan derfor sies å være truet (Fishe, 1998). En respondent sa dette om de ansattes tillit:

”Håper jeg ikke tar feil, men jeg tror jeg har tillit blant mine ansatte. De er blitt så vant til å ha meg her. De tar meg kanskje litt for gitt. Blir det snakk om lederendring, blir de stresset. Det må jo ikke skje. Og da får du jo bekreftelser på at de har det bra.”

Det kan synes som om lederen trakk en parallell mellom det at de ansatte hadde tillit til henne, og det at de hadde det bra. At de ansatte kjenner lederen og regner med henne på en slik måte at de kanskje tar henne for gitt, kan også være et uttrykk for den tillit denne lederen har. En annen leder snakket om balansen mellom tillit og makt:

”Så er det av og til at jeg må ta upopulære beslutninger, fordi jeg har rammer som de ansatte ikke er innforståtte med. Da må jeg bare stå på det jeg må ha besluttet, jeg må forholde meg til de retningslinjene og den oppgaven jeg har fått.”

Dersom leder kun baserer sine beslutninger på ønsket om at de ansatte skal ha det bra, kan både handlingsrom og styring gå tapt fordi hun iblant må våge å ta upopulære beslutninger. Flere av respondentene brukte ord som rettferdig, tydelig, positiv, engasjert og synlig når de skulle beskrive hvordan de ønsket å bli oppfattet som ledere. Dette kan tolkes som at førstelinjelederne opplevde det som betydningsfullt for ledergjerningen hvordan medarbeiderne oppfattet dem som personer. Den tillit og legitimitet lederen har i lederrollen vil slik sett kunne ha betydning for leders evne både til å ta og å gjennomføre beslutninger. Det fremkom at det å være en god rollemodell engasjerte respondentene. En av lederne beskrev at det kunne kreve mye å leve opp til de rolleidealer hun hadde satt seg:

”Lederrollen syns jeg er tung å bære av og til. Sammenligner meg av og til med en heiajente som står med dusker, føler jeg veldig ofte må stå og heie. Må være forferdelig positiv og ha forferdelig mye energi. Den dagen jeg ser litt ned i gulvet i korridoren, så blir det lagt merke til. (...) Fordi jeg tenker at det er og sånn jeg ønsker at de skal være på jobb, så jeg må gå foran som et forbilde der.”

Vi kan anta at denne lederen gjennom å være seg bevisst sine holdninger og adferd ønsket å skape tillit hos sine medarbeidere. I følge Sørhaug (1996) skaper tillit betingelser og grunnlag for handling og samhandling. Han sier videre at bruk av tillit kan gi grunnlag for at det skapes mer tillit, da det vil styrke de forventninger mennesker har til hverandre. Avgjørelser en leder tar kan ikke alltid forklares og begrunnes til personalgruppen, og det er da viktig at personalet

har tillit til lederen. Leder må også kunne sette klare grenser selv om dette kan innebære at hun kan oppleve motstand hos enkelte medarbeidere. I følge Fishe (1998) er det også en grunnleggende forutsetning at leder opplever å ha tillit fra egen ledelse. En respondent sa dette om det å ha tillit fra sine ledere:

”Har mine ledere en grunn til ikke å stole på at jeg klarer å ta gode avgjørelser selv? Da begynner man å tenke at hva er det som gjør det? Har jeg brutt tilliten til mine ledere på noe vis? Er det derfor? Stort sett opplever jeg stor grad av handlingsrom. Hvis det er en situasjon eller en sak der jeg opplever at det ikke er tilfelle, begynner jeg å tvile litt på meg selv. Jeg grubler først litt på det. Det å se i speilet er ikke så dumt, men det er ikke noe problem for meg å ta det opp med mine ledere.”

Respondenten gransket situasjonen og tenkte gjennom saken før hun tok kontakt med egen leder. Det at respondenten sa at det ikke var et problem for henne å ta opp saken med sine ledere, kan bety at hun hadde tillit til egen ledelse. Tillit mellom ledernivåene fremmer samarbeid og fellesskapsorientering. Ved at førstelinjelederne har tillit fra egen ledelse reduseres samhandlingens kompleksitet. På denne måten kan forutsigbarheten øke og lederne kan i større grad istandsettes til å handle under usikkerhet (Lian, 2007). Utsagnet over bekrefter den betydning tillit fra egen ledelse har for å ivareta lederrollen. Dersom mennesker skal våge å stole på noen, må de i følge Sørhaug (1996) vite at det finnes reelle krefter som er i stand til å sette noen grenser. Tillit er på indirekte vis avhengig av makt. Dersom det forventes at alle bare tar, vil det ikke lenger kjennes ut som om det er noen nytte i å gi. Leder må, slik vi ser det, være en de ansatte kan regne med som sin og som bruker sin makt på en måte de ansatte opplever som tillitsvekkende. Opplevelsen av at de ansatte har tillit til dem, kan se ut til å ha en betydning for respondentenes opplevelse av å bli verdsatt og det å kjenne seg ønsket som leder. En leder som har tillit hos de ansatte kan oppleve det som lettere å ta beslutninger og kan slik få et større handlingsrom, men må huske at alle tillitsforhold må arbeides kontinuerlig med og preges av gjensidighet. Leder må både uttrykke og gjennom sin adferd vise at hun har tillit til sine ansatte. Det fremkom at førstelinjelederne hadde tillit hos sine ansatte, og at de hadde fokus på å arbeide for å ivareta dette. De var opptatt av å ha tillit hos egen ledelse og sa at dette var viktig for å kunne stå i lederrollen. Vi fant at det var få av respondentene som beskrev å ha et forhold til makten de hadde.

4.2.3 Oppfinnsomhet

Det kan synes som om lederens evne til å være oppfinnsom i lederrollen er en ressurs når de skal finne løsninger for å sikre kvalitet i helsetjenestene innenfor gitte rammer. Lederens handlingsrom kan være synlig nettopp i dette spenningsfeltet, og kunnskaper og erfaring med å ta risiko kan ha betydning for utfallet av valgene lederen tar. Hensynet til denne balansen vil ligge som en av rammene rundt det lederne har av handlingsrom når de skal finne løsninger. I følge Stewart (i Strand, 2010) vil det subjektive handlingsrom formes av hva den enkelte selv oppfatter, definerer og former. En respondent delte denne betraktningen om seg selv:

”Jeg må finne gode løsninger for å dekke behovet. Må være kreativ innenfor økonomiske rammer (...). Jeg er en «tidsoptimist», er nødt til å være litt kreativ av og til. Ting tar ofte lenger tid enn jeg setter av til det.»

Utsagnet kan tolkes som at respondenten hadde erfart at enkelte oppgaver kunne være mer tidkrevende enn hun i utgangspunktet antok, og at hun brukte kreativitet for å veie opp mot de konsekvensene det medførte. I følge Kaufmann (2006) dreier det seg om kreativitet når lederen evner å tenke nytt og har vilje til å stå på. Kreativ problemløsning handler om å reformulere problemer slik at de kan sees i et nytt perspektiv. På denne måten kan et nytt tilfang av ideer til løsninger tilføres det aktuelle problemet. Vi oppfattet at mange av lederne forbandt kreativitet med evne til å finne løsninger på vanskelige utfordringer. At leder så ting fra ulike perspektiv kunne ha betydning for hvordan hun klarte å håndtere lederkravene:

«I kritiske situasjoner der du må ta raske beslutninger må man være kreativ. Men jeg er ikke veldig kreativ av type egentlig. Jeg ser det er situasjoner og tilfeller der det er viktig å være kreativ, men jeg er ikke det til dagen.»

Utsagnet kan handle om at lederen ved tidspress raskt måtte finne løsninger hun ellers kanskje ikke ville funnet eller benyttet seg av. Dette medførte at hun måtte våge å ta risiko og at hun skaffet seg erfaring med hvorvidt noe fungerte eller ikke. Den typiske leders arbeidsdag består i følge Grønhaug (2011) av uforutsigbarhet og improvisasjon, med andre ord ganske forskjellig fra arbeid som kan utføres etter en nøye forhåndslagt plan. Utøvelse av skjønn regnes i følge Strand (2010) som en egen faktor når ledere foretar valg. Ledere vil ofte måtte ta valg der svaret på hva som er det rette å gjøre, ikke nødvendigvis finnes i organisasjonens rutiner. En respondent fortalte at hvis hun ikke fikk tak i vikar hendte det at hun valgte å

steppe inn selv. At lederen selv steppet inn i den operative drift, kan være et valg som handlet om å vise de ansatte at hun var en av dem og at de kunne regne med henne. Løsningen lederen valgte på bemanningsproblemet, kan på den annen side føre til at hun i neste omgang får et trangere handlingsrom fordi annet arbeid lederen har må utsettes. Stewart (i Strand, 2010) sier at handlingsrommet både kan utvides og snevres inn ettersom det påvirkes av mange ulike faktorer, deriblant de valg lederen tar. En respondent beskrev hvordan hun arbeidet for å skaffe seg handlingsrom:

”Klarer du å skape deg selv den luken, til å ligge litt i forkant. Havner du hele tiden to skritt bak, og ligger etter på alle tidsfrister så tror jeg at handlingsrommet ditt bare snevrer seg mer og mer inn. Da er det ikke snakk om å kunne være verken kreativ eller noe, da må man bare levere ett eller annet innen en frist, også er kanskje ikke resultatet så godt som du hadde tenkt.... Du trenger både å lage deg tid og rom for å ligge i forkant. Da kan du påvirke prosessene selv.”

Dette utsagnet kan være en parallell til det Stewart (i Strand, 2010) viser i Figur 3 at handlingsrommet påvirkes av hvordan lederen tenker, av hennes motivasjon og kompetanse. Respondentens utsagn kan handle om betydningen av planlegging for å kunne være kreativ og ta gode beslutninger. Førstelinjef lederne snakket også om hvordan de benyttet kreativitet når nye systemer skulle implementeres. I følge Grønhaug (2011) må ledere inneha kunnskap om mennesker og om faget de skal lede. En leder fortalte at hun gjennomførte opplæring for de ansatte i nye systemer i henhold til fastlagte planer. Likevel kunne hun oppleve at opplæringen var utilstrekkelig, fordi de ansatte uttrykte frustrasjon over ikke å få utført arbeidet sitt godt nok. Lederen sa at hun da måtte være oppfinnsom og benytte kjennskapen hun hadde til den enkelte ansatte for å sørge for at opplæringen var tilstrekkelig. Hun fortalte at hun løsrev seg fra systemet hun selv hadde laget, og i stedet brukte sin kreativitet når hun skulle velge hvilken opplæring som passet for den enkelte. Mintzberg (i Grønhaug, 2011) fremhever hvor viktig leders håndtering av slike utfordringer er, da medarbeidernes opplevelse av å mestre sin arbeidssituasjon har betydning for trivsel og motivasjon. Ved at ledere klarer å løsrive seg fra sine vante løsningsstrategier, kan de få øye på andre alternativer og slik få bedre effekt når nye systemer skal innføres. Dette kan også ses i sammenheng med det Stewart (i Strand, 2010) sier om at størrelsen på handlingsrommet kan henge sammen med lederens erfaring med utprøving og risiko. En respondent fortalte hvordan ferdigheter hun hadde påvirket måten hun gikk frem når hun skulle finne løsninger:

”Jeg er veldig løsningsfokusert, jeg er en som hopper over risikovurderingen og går rett på løsningen. Ikke alltid det passer, er utålmodig som person, vil at ting skal skje. Er en styrke men kan og bli en svakhet.”

Denne lederen var oppmerksom på at det kunne være behov for en risikovurdering, og så at egen utålmodighet i så måte kunne være en egenskap på både godt og vondt. Det er uunngåelig for en leder iblant å måtte erkjenne at ”man kunne vært klokere”. Respondenten innså at ikke alt var opp til henne, men hadde likevel valgt å ta noen sjanser underveis som hun hadde høstet erfaring av. Lederen tok beslutninger der det etterpå viste seg at hun kanskje burde tatt et annet valg. Respondenten fortalte at konsekvensene som valget hadde medført, ga henne ekstraarbeid hun kunne vært foruten dersom hun hadde gjennomført en risikovurdering. Det å ha mulighet til å skape seg handlingsrom som gjør at lederen også får oppleve mestring underveis, er derfor helt essensielt for at hun også i fremtiden skal våge å ta valg det er knyttet en viss risiko til. Respondentene anvendte oppfinnsomhet når de skulle håndtere situasjoner under tidspress. For å kunne ivareta lederkravene var det viktig for lederne å kunne se ting fra ulike perspektiv.

4.3 *”Den lederstøtten som får meg til å vokse selv som leder er den som betyr mest for meg.”*

Dette utsagnet kom fra en av våre ledere da hun reflekterte over hva hun trengte av lederstøtte for å ivareta lederansvaret. I prosjektrapporten ”Nasjonal plattform for ledelse i helseforetak”⁴ fremkom det at mange ledere, og da spesielt førstelinjeledere, opplevde at rammevilkårene de hadde for å utføre sitt lederoppdrag var utilstrekkelige. Lederne i undersøkelsen sa de savnet bedre opplæring innen organisering, drift og styring, og at de noen ganger manglet støtte både på det personlige og det ledelsesfaglige plan. Mange av lederne opplevde også at den økende administrative delen ofte ble til fortrengsel for øvrige aspekter av lederskapet. Flere av lederne i undersøkelsen sa at de ønsket seg mer støtte blant annet til administrative oppgaver, men at de ikke opplevde å ha handlingsrom som gjorde det mulig å få aksept til å delegerer vekk oppgaver.

Respondentene i vår studie ble spurt om hvilken form for støtte de hadde i dag og om det var noen form for lederstøtte eller utvikling de ønsket. Lederstøtte kan handle om alt det en leder trenger for å mestre og å ivareta lederansvaret på en god måte. Det favner blant annet om personlig lederutvikling, det å få avlastning med ulike oppgaver, og hjelp til å forstå og

håndtere mangfoldet av ulike lederverktøy. Det respondentene sa om lederstøtte kan deles inn i tre hovedområder. De trakk først og fremst frem den betydningen støtte fra kollegaer hadde for dem. Lederne snakket også om viktigheten av å ha tilgang på støtte i forbindelse med ulike systemer de måtte håndtere. Det å delegere oppgaver var et annet område lederne var opptatt av når vi spurte om hvilken støtte som hadde betydning for dem.

4.3.1 Kollegastøtte

På spørsmål om lederstøtte trakk respondentene frem hjelpen de fikk fra sine kollegaer som den viktigste form for lederstøtte. Det fremkom at støtten de fikk fra ledere på eget ledernivå hadde størst betydning for dem, men at de også opplevde at egen leder ga dem støtte når de trengte det. Flere av våre respondenter snakket om betydningen av det å ha et fellesskap med andre førstelinjeledere:

”Det er viktig at flere samarbeider, å snakke om ting, for å finne løsninger når kravene som stilles til en leder er motstridende. Man greier vel ikke å håndtere alt alene kanskje? Vi har egentlig et tett samarbeid, snakkes jo hver dag. Hvis det er noe du lurar på eller er usikker på, så kan du jo snakke med hun som er over eller en som er ved siden. Det er sjeldent det er noe man ikke får hjelp til.”

Denne respondenten trakk frem betydningen av at flere samarbeider for å finne løsninger på utfordringer som kan synes motstridende. Pettersen (2008) peker på at samarbeid kan være en utfordring fordi behandling av pasienter på sykehus krever innsats fra flere ulike avdelinger og det derfor kan oppstå et ansvarsproblem. Respondentene beskrev at samarbeidet de hadde ga dem innsikt og forståelse for hverandres utfordringer, og at de hadde utbytte av å dele erfaringer. Det kan synes som dette representerte en lederstøtte respondentene opplevde som nødvendig for å kunne håndtere motstridende krav. Det kan antas at respondentenes innsikt og forståelse for hverandres situasjon, i tillegg kan ha medført at samarbeidsutfordringer som kan forekomme på tvers av enheter ble redusert. Respondentene beskrev ulike fora der samhandling og erfaringsutveksling ledere imellom fant sted. I tillegg til formelle møter, fortalte lederne også om den uformelle kontakten de hadde seg imellom. Respondentene kjente til at det fantes veiledningsgrupper for ledere i organisasjonen. En av lederne som hadde deltatt i en slik veiledningsgruppe sa hun opplevde kontinuiteten i gruppen som ustabil. Hun mente dette skyldtes at gruppen bestod av ledere på ulikt ledernivå og med ulik grunnutdannelse, i tillegg til at flere deltagere ofte uteble. Skulle hun igjen delta i en lignende gruppe, ville hun ønsket at den kun bestod av deltagere på samme ledernivå.

Førstelinjelederne i helsevesenet har ofte et stort kontrollspenn. De har personal-, fag-, og økonomiansvar for enheten de leder. Yukl (i Grønhaug, 2011) har redegjort for 14 grunnkategorier bestående av ledes ulike leder- og administrasjonsaktiviteter. Hvorvidt det er mulig for en person å ivareta alle aktivitetene som ligger i lederrollen er noe som diskuteres. Zaleznik (i Grønhaug, 2011) argumenterer for at dette er vanskelig ettersom aktivitetene er så motstridende. Han mener at lederrollen er så sammensatt at det kreves flere ulike personer for å ivareta den. Kotter (i Grønhaug, 2011) mener derimot at det er av stor betydning for organisasjonen som helhet at leder både kan og må betjene alle kategoriene, og at det derfor blant annet er viktig at lederen har fleksibilitet. Tabell I (Grønhaug, 2011:32) viser hvordan ledelses- og administrasjonsaktivitetene er knyttet sammen, og synliggjør betydningen av at en person ivaretar dem. Det kan være rimelig å anta at de mange lederaktivitetene kan være for omfattende å ivareta for kun en person, slik Zaleznik mener. Når respondentene i vår undersøkelse snakket om sitt lederansvar, sammenfalt dette mer med det Kotter sier om at alle de ulike aktivitetene bør ivaretas av en og samme leder. Respondentene beskrev den hjelp og støtte de fikk fra hverandre som betydningsfull, og sa at det å slippe å stå alene var nødvendig for å kunne ivareta alle oppgavene. En faktor som også kan være av betydning for hvorfor denne støtten fremheves som så viktig, er at respondentene ledet på samme nivå i organisasjonen og hadde mange av de samme utfordringene. Alle respondentene hadde samme formelle fullmaktsmatrise, og mange av dem snakket om samme type utfordringer. Fellesskapet lederne beskrev at de hadde kan tenkes å påvirke forståelseshorisonten deres, noe som medvirker til hvordan vi mennesker kommuniserer og forstår hverandre (Nordby, 2009). Dette kan ha påvirket betydningen av støtten de hadde i hverandre og kan være en av årsakene til at den ble beskrevet som så viktig.

Når respondentene beskrev kollegastøtten de fikk fra egen leder virket den mer å ha form som informasjon, rettleiding og veiledning. Det kan slik sett synes som om støtten fra andrelinjeleder hadde et annet innhold enn støtten de fikk fra andre førstelinjeledere. Alle respondentene fortalte at de kunne kontakte sin leder når de hadde behov for det. En sykehusorganisasjon kommer inn under det Mintzberg (i Høst, 1997) kaller et fagbyråkrati. I følge Strand (2010) kjennetegnes et byråkrati av et tydelig autoritetshierarki med mange ledd og spesialisering av arbeidsoppgaver. Samarbeidet mellom førstelinjeledere og andrelinjeledere kan være påvirket av at de har forskjellig ansvars- og myndighetsområde. De står på hvert sitt hierarkiske nivå i organisasjonen og kan derfor se ting fra ulikt ståsted. Forholdet mellom leder og underordnet leder inneholder ulike krav, og det er rimelig å anta at

førstelinijelederen kan ha et ønske om å bli sett på som dyktig av sin egen leder. Disse momentene kan prege samarbeidsforholdet og vil derfor kunne påvirke hvordan respondentene betrakter den støtten de får fra sin leder:

”Jeg bruker min sjef også hvis det er noe. Jeg bruker ikke mer enn jeg må, men jeg har aldri blitt avvist hvis jeg spør om noe.”

Respondentene opplevde at deres nærmeste leder var tilgjengelig når de trengte dem og det kan tolkes som at dette var en viktig lederstøtte i seg selv. For å kjenne trygghet i lederrollen er det i tillegg viktig for ledere å få tilbakemelding på eget lederskap. Det fremkom i vårt materiale at lederstøtten respondentene fikk både fra andre førstelinijeledere og fra egen leder, hadde en sentral betydning for dem når de skulle ivareta ansvaret for egen enhet og for organisasjonen som helhet.

4.3.2 Systemstøtte

De senere års teknologiske utvikling har medført at mange oppgaver knyttet til lønns- og personaloppfølging, som før ble ivaretatt av andre serviceenheter, nå utføres av lederne. På spørsmål om lederstøtte trakk respondentene frem ulike typer supporttjenester knyttet til styringssystemer de benyttet i hverdagen. Flere av lederne fortalte at det å ha god tilgang på denne form for støtte var viktig for dem, og at de stort sett var fornøyd med den hjelpen de fikk:

”Mye av arbeidet er skjøvet ned til vårt nivå i forhold til lønn. (...) Vi har GAT og lederstøtte som vi kan ringe til og egentlig få god hjelp hvis det er ting jeg lurar på.”

Hvis vi setter den betydning respondentene formidlet at supporttjenestene hadde som lederstøtte i sammenheng med at mange av dem hadde et stort kontrollspenn, kan det være en indikasjon på at lederne brukte mye av sin tid på styringssystemer. At organisasjonen har gode supporttjenester tilgjengelig kan derfor bidra til at lederne ikke må bruke unødig tid på å håndtere de ulike administrative styringssystemene. Ladegård (2009) viser til Røvik som mener at trendene over de siste ti år har gått fra å handle om ledelse, til å handle mer om styring. Han mener styring innebærer å styre atferd gjennom systemer og regler, mens ledelse handler om det direkte samspillet mellom leder og medarbeidere. Ladegård peker imidlertid på at en stor del av artiklene og bøkene som er publisert på ledelse de siste årene, nettopp

handler om forhold rundt medarbeideres motivasjon, selvbestemmelse og medvirkning. I følge henne handler ledelse av kunnskapsmedarbeidere nettopp om å spille på lag med medarbeidere, snarere enn å gi dem ordrer og begrensninger. Ladegård (2009) mener at disse trendene kan tyde på at vi har en økt vekt på styring i organisasjoner og samtidig en økt vekt på direkte ledelse av medarbeidere og relasjoner. Dette er sammenfallende med våre funn. Selv om mange av lederne hadde et stort kontrollspenn, var det ingen av førstelinjelederne som sa de brukte unødig tid på styringssystemer. Det at førstelinjelederne likevel trakk frem systemstøtte som en sentral lederstøtte, kan tolkes som at fravær av slik støtte ville gjort lederansvaret svært vanskelig. Lederne fortalte at det kunne være vanskelig å kommunisere med økonomer. På tross av at de stort sett var fornøyd med systemstøtten de hadde, ønsket de mer kunnskap innen økonomiområdet. Det er nærliggende å anta at bakgrunnen for ledernes ønske om mer kunnskap innen økonomi, kan være et uttrykk for et behov for å utvikle en større grad av det Llewellyn (2001) kaller two-way window. Økt kunnskap innen økonomiområdet kan styrke ledernes evne til å kommunisere med faggrupper med en annen forståelseshorisont (Nordby, 2009). Med innføring av enhetlig ledelse ble det totale ansvaret for hver resultatenhet lagt til én person. Førstelinjelederne måtte rapportere på økonomiindikatorer og deres opplevelse av å ha tilstrekkelig kompetanse i forhold til økonomi, kan også ha sammenheng med at økonomistyring innen sykehusdrift i seg selv er et komplekst, omfattende og sammensatt fagområde:

”Er mye jeg ikke skjønner, må ha det inn med sånne små saltskjeer. Økonomi er ikke mitt fag! Forstår det men forstår det ikke. (...) Har ikke god nok økonomisk kompetanse. Må ha opplæring.”

At respondentene kun etterspurte opplæring knyttet til økonomiområdet kan ha sammenheng med at alle lederne har en helsefaglig utdanning, der økonomifaget ikke står sentralt. Det kan også bety at lederne opplevde at lederstøtten som omhandlet opplæring innen andre systemområder, var tilstrekkelig. Systemstøtte ble trukket frem som viktig og respondentene sa de stort sett var fornøyd med de supporttjenestene de hadde.

4.3.3 Delegasjon

Flere av respondentene snakket om behovet de hadde for å ha mer tid til å ivareta lederoppgavene. De sa de ønsket seg støtte i form av avlastning med ulike administrative oppgaver. Mange av lederne som deltok i undersøkelsen som lå til grunn for ”Nasjonal

plattform for ledelse i helseforetak”⁴, opplevde at den økende administrative delen ofte ble til fortrenghet for øvrige aspekter av lederskapet. Flere av lederne i den nasjonale undersøkelsen sa at de ønsket seg mer støtte blant annet til administrative oppgaver. Dette sammenfaller med funn i vårt materiale. I Figur 2 (Grønhaug, 2011) synliggjøres forholdet mellom rollene som leder og administrator. Lederrollen handler om å formulere mål og å legge planer for hva som skal til for å nå målene, mens administratorrollen handler om å få planene utført. Tidsmessig vil ledelsesoppgaver konkurrere med rene administrative oppgaver, som for førstelinjeledere flest fyller store deler av arbeidshverdagen. En respondent fortalte at når hun var borte lå alle oppgavene og ventet på henne. En annen leder sa at hun brukte mye tid på å sortere strømmen av henvendelser og informasjon. Flere av respondentene var opptatt av at mange oppgaver som havnet hos dem, strengt tatt kunne vært håndtert bedre av andre:

”Dersom jeg skulle ønske meg lederstøtte som ikke finnes i dag, så er det mange rare småting jeg må gjøre eller drive på med som jeg ikke har forutsetning for å gjøre, forstå eller vite mye om. Eksempelvis så tenker jeg at en del vaktmesteroppgaver kunne vært lagt til en servicefunksjon. Dette gjør meg rasende til tider, at jeg må bruke tiden min på sånt arbeid.”

Det fremkom at respondentene anså at mange av oppgavene som var lagt til dem, ikke burde vært deres ansvar. Årsaken til det var at disse oppgavene var av en slik karakter at de heller burde ivaretas av for eksempel driftsteknisk personell. Delegasjon av oppgaver kan ses på som en metode respondentene anvendte for å håndtere tidspresset, og avlastning var en lederstøtte de ønsket seg. I følge Molander og Terum (2008) legger både mål, strategier og selve organisasjonsstrukturen begrensninger og retningslinjer for de ansattes handlefrihet. Det forventes at man arbeider mot å nå organisasjonens oppsatte mål, og at oppgaver blir prioritert i tråd med strategien. I følge Colbjørnsen (2004) er det å ha tilstrekkelig tid til å skjøtte alle sider ved jobben en knapphetsfaktor for mange ledere. Han sier videre at det å ha kontroll med egen dagsorden vil påvirke lederens mulighet til å gjennomføre planlagte lederoppgaver. Dette knapphetselementet beskrives også av respondentene i vårt materiale, da de opplevde at det ikke var samsvar mellom det ansvaret de hadde og den tid de hadde til å fylle lederrollen. Førstelinjelederne er de lederne som står nærmest kjernevirksomheten og de er derfor i følge ”Nasjonal plattform for ledelse i helseforetak”⁴ avgjørende for at helsetjenestene skal være preget av kvalitet, trygghet og respekt. En respondent snakket om hvordan hun anvendte delegasjon både for å motivere medarbeiderne og for å få tid til å ivareta andre lederoppgaver:

”Proessen bak dette er at du innser at du har ikke tid. Og at du står i en avdeling med mange flinke, motiverte ansatte som har virkelig lyst til å ta dette ansvaret, og det at de får ansvaret gjør at de blir mer motiverte. Nå får jeg bedre tid. Før gjorde jeg alt bare litt. Nå får vi raskere beslutninger, vi får utarbeidet rutiner og prosedyrer, og jeg vet at kompetansen hos de ansatte er bedre. (...) Samtidig får jeg overskudd til å legge planer i avdelingen; fra alltid å være på hælene med mange ledige vakter, mye brudd på AML, mer tid til å tenke strategisk.”

Lederen så og benyttet seg av muligheter som hun mente ville gi positiv uttelling for både henne og de ansatte. Det kan synes som om delegering av oppgaver var en sentral løsning våre respondenter benyttet som et middel for å skape seg tid til blant annet å arbeide mer med planer og strategier. Det kan også tenkes at årsaken til at noen av respondentene snakket om at de hadde for liten tid til å ivareta alle lederoppgavene, var at de hadde vansker med prioritering eller at de trengte en begrunnelse for arbeid som ikke ble utført innenfor tidsfrister. Forskning Yukl (i Grønhaug, 2011) har gjort viser at det å delegere, utvikle og veilede er blant lederes vanligste grunnaktiviteter. Gjennom delegering kan en leder oppnå at beslutningskvaliteten økes og at de ansattes medeierskap og lojalitet styrkes. Lederen kan spare både krefter og tid, og medarbeiderne kan oppleve at deres jobb blir mer interessant og utfordrende. Eksempler på hva en leder kan velge å delegere er oppgaver som en underordnet kan utføre bedre, oppgaver som har betydning for medarbeiderens karriere, eller oppgaver lederen mener det ikke er sentralt at hun selv utfører. I følge Ladegård (2009) handler ledelse av kunnskapsmedarbeidere om å spille på lag med dem. Lagarbeid krever godt samarbeid, der tillit mellom leder og de ansatte må ligge i bunn. Lederne vi intervjuet ønsket i større grad å kunne ivareta sitt ansvar for å lede enn de opplevde å ha tid til. En av lederne fortalte at hun opplevde å være for lite tilgjengelig for sine medarbeidere og sa at medarbeiderne kom med tilbakemeldinger som bekreftet dette. En annen respondent fortalte at selv om hun syns at medarbeidersamtaler var viktig var dette vanskelig å prioritere, fordi hun som leder hadde så mange oppgaver å ivareta. I følge Sørhaug (1996) skaper tillit betingelser og grunnlag for handling og samhandling. Spurkeland (2012) sier at tillit er en følelse som utvikles over tid og gjennom ulike erfaringer i relasjon med andre. Han sier at ledelse er å gjøre andre god, og at dette innebærer at leder må investere i relasjoner til sine medarbeidere. Det at respondentene vektla delegasjon av oppgaver kan blant annet handle om at de mente at mange arbeidsoppgaver ikke burde vært lagt til dem. Det fremkom også at delegasjon var et verktøy de anvendte i forbindelse med personalutvikling og for å sikre kvalitet i tjenestene. Det at

respondentene trakk frem delegasjon som en viktig lederstøtte, kan antas å henge sammen med behovet for mer tid til å ivareta hele spekteret av lederoppgaver.

KAPITTEL 5.0 OPPSUMMERING OG KONKLUSJON

I vår studie har vi undersøkt hvordan førstelinjelederne opplevde sitt handlingsrom når de skulle imøtekomme kravet om å være ansvarlig og helhetstenkende, og hvorvidt de anså sitt ansvarsområde til å gjelde organisasjonen som helhet. Helhetlig ledelse medfører at ledere må forholde seg til at de også har et ansvar som strekker seg ut over egen enhet. Den enkelte leders oppfatning av egen lederrolle og hva de er opptatt av som ledere, har betydning for hvordan de tolker sitt handlingsrom.

5.1 Forskningsspørsmål

For å finne svar på hvordan førstelinjelederne opplevde sitt handlingsrom utarbeidet vi tre forskningsspørsmål knyttet til hva de sa om lederansvaret, hvilke ferdigheter som var sentrale for lederrollen og hvilken form for lederstøtte som var betydningsfull for dem.

5.1.1 Hvordan balanserer førstelinjelederne ansvaret for egen enhet og ansvaret for sykehuset som helhet?

Ansvaret for personalressurser, korridorpasienter og økonomistyring ble vektlagt av respondentene når de snakket om sitt helhetlige ansvar. Lederrollen rommer ifølge Mintzberg (i Grønhaug, 2011) mange ulike funksjoner og er sammensatt av både leder- og administrasjonsaktiviteter. Etter innføringen av helsereformene ble det fokusert mer på effektivitet ut fra et økonomisk ståsted, og lederne måles på aktivitets-, økonomi- og kvalitetsindikatorer. Dette påvirket respondentenes lederansvar når de i tillegg til egen enhet, skulle ta ansvar for sykehuset som helhet. Førstelinjelederne kunne oppleve lederansvaret som motstridende. Respondentene hadde et definert ansvar for å styre egen enhet slik at pasientene ble ivaretatt på en faglig forsvarlig måte med optimal bruk av ressurser. Samtidig hadde de ansvar for å bidra med ressurser på tvers av enhetene dersom disse av ulike årsaker manglet personell, eller hadde pasienter som lå på korridor. Dette krevde tilgjengelige personellressurser, og arbeidet med å rekruttere personell krevde derfor et kontinuerlig fokus. Lederne var ikke opptatt av bakgrunnen for krav og begrensninger som ansettelsesprosessen bestod av, men fulgte reglene og prosedyrene lojalt. De rekrutterte personell både eksternt og internt, og avgjorde når stillinger skulle utlyses og hvem som skulle ansettes. For å skaffe den nødvendige spesialkompetanse ved egen enhet hendte det at lederne henvendte seg direkte til medarbeidere ved andre enheter. Den andre enheten kunne da risikere å miste dyktig

personell. Respondentenes handlingsrom ble da påvirket av den åpenhet og tillit lederne hadde seg imellom, og bidro til at de tok et helhetlig lederansvar.

Ett av sykehusene hadde et samarbeidsmøte som var forankret i ledelsen, var av betydning når lederne skulle vurdere om de kunne avhjelpe med ressurser, og når de skulle motivere medarbeiderne til å endre sine planer på kort varsel. Oversikten lederne fikk i samarbeidsmøtet og den kunnskap om organisasjonen som over tid ble utviklet, påvirket handlingsrommet ved at et bredere grunnlag for tolkning av valgmuligheter ble gjort tilgjengelig. I følge Grønhaug (2011) er det ledernes ansvar å ivareta at samordningen mellom ulike enheter i organisasjonen utfyller hverandre på best mulig måte, og at knappe ressurser benyttes hensiktsmessig. Klare ansvarslinjer er viktig for at uoverensstemmelser som kan oppstå i forbindelse med dette skal kunne håndteres (Grønhaug, 2011). Ved sykehuset der lederne ikke hadde et daglig samarbeidsmøte, ble det helhetlige ansvaret kun påvirket av lojaliteten førstelinjelederne hadde til egen ledelse, kjennskapen de hadde til sine medarbeidere, og det samarbeidet de hadde med sine lederkolleger. Ledere ved enheter der bemanningsressursene var knappe og pasientbelegget i stor grad besto av øyeblikkelig hjelp, kunne ikke i samme grad ta et helhetlig lederansvar når det gjaldt å bidra med ressurser til andre enheter. Det som ble sentralt for disse lederne var å benytte egne ressurser optimalt og å kommunisere dette til lederne som måtte avgi personell. Dette la et grunnlag for samarbeidet førstelinjelederne hadde vedrørende ressursallokering på tvers av enhetsgrensene.

Det forelå ikke noen incitament i organisasjonen som belønnet lederne som styrte økonomien godt. Et eventuelt underforbruk ville ikke bli overført til neste budsjettår. Lederne visste hvor de kunne finne de andre enhetenes regnskap, men de var ikke opptatt av dette når de gjorde prioriteringer i forhold til eget forbruk. Ved å ha fokus på å drifte innenfor enhetens økonomiske ramme, tok de indirekte et ansvar for sykehusets totaløkonomi. Lederne som kontinuerlig hadde et økonomisk overforbruk opplevde dette som demotiverende, også fordi de ikke kunne bidra med ressurser til andre enheter og slik ta et helhetlig ansvar.

Handlingsrommet påvirkes i følge Strand (2010) av hvordan lederne tenker, hva motivasjonen består i og hvilken kompetanse de har. For å skaffe seg et økonomisk handlingsrom arbeidet lederne med å forklare overforbruket og å begrunne ressursbehovet. Dette var et arbeid som pågikk kontinuerlig fordi det var krevende å nå frem med budskapet til personell som hadde en økonomisk/administrativ forståelseshorisont (Nordby, 2009). Sykehuset er en ekspertorganisasjon og autoritet er knyttet til ekspertise. Kostnadsdrivende beslutninger ble

derfor også tatt av personell som kun forholdt seg til den medisinske logikken, og som formelt ikke hadde budsjettansvar. Ettersom førstelinjelederne hadde det formelle økonomiansvaret, skaffet de seg handlingsrom ved å fokusere på dialog og samarbeid med legene. De var også innforstått med at de iblant måtte styre innenfor endrede økonomiske forutsetninger. Førstelinjelederne opplevde mange krav som motstridende når de skulle ivareta ansvaret for egen enhet og sykehuset som helhet. Dette kan tenkes å være bakgrunnen for at en av lederne betegnet lederansvaret som *”en mellomleders helvete.”* I følge Espedal og Kvitastein (2012) kan forventninger og strukturelle føringer tolkes, og ledernes handlingsrom vil formes av hva den enkelte selv oppfatter, definerer og former.

Respondentenes ansvar for egen enhet var tydeliggjort i organisasjonen, men det ble forventet at de også tok et ansvar som strakk seg utover egen enhet. Dette gjorde at lederansvaret til tider kunne oppleves som motstridende. Daglige samarbeidsmøter forankret i sykehusledelsen, samarbeid førstelinjelederne imellom og fokus på dialog med profesjoner med annen forståelseshorisont, var elementer som påvirket lederansvaret. I tillegg var lojalitet både til egen ledelse og de økonomiske rammene noe som påvirket lederansvaret i balansegangen mellom egen enhet og sykehuset som helhet.

5.1.2 Hvilke ferdigheter vektlegger førstelinjelederne når de skal håndtere motstridende krav?

Pettersen og Solstad (2014) viste i en studie at ledere med helsefaglig bakgrunn først og fremst har lojalitet til faget. I situasjoner der lederne må gjøre prioriteringer kommer pasienten først, selv om dette medfører budsjettoverskridelser. Dette sammenfalt med funn vi gjorde i vår undersøkelse. Profesjonell ledelse som et fag er et av de sentrale elementene ved New Public Management (NPM), og det å utvikle strategier og mestre endringer anses som viktigere enn faglig kompetanse. Hvordan ledere oppfatter kravene som stilles og rammene de har, vil prege de valgene de gjør. Det har vært ulike utspill i media som omhandler effekten styringsideologien NPM har hatt på helsereformene. I handlingsprogrammet til *”Helsetjenesteaksjonen”*¹⁴ står det blant annet at de vil igangsette utredning av en alternativ styringsideologi. De protesterer mot den styringsideologien myndighetene har innført for helse- og omsorgssektoren, som de mener hindrer helsearbeiderne i å utøve faget sitt. I vår studie fremkom det derimot at førstelinjeledernes helsefaglige kunnskap hadde stor betydning for hvordan de utøvde sitt lederansvar. Ansvarer førstelinjelederne tok for både egen enhet og

¹⁴ Helsetjenesteaksjonen, handlingsplan <http://helsetjenesteaksjonen.no/V01/handlingsplan/>

helheten lå til grunn når de balanserte motstridende krav, og hensynet til pasienten og samarbeidet med enhetens profesjonsutøvere sto sentralt for dem. Flere av lederne tok beslutninger som medførte budsjettoverskridelser dersom de mente det var nødvendig ut fra helsefaglige begrunnelser. Et av hovedpoengene i NPM er at ledere bør ha reell makt over hvordan organisasjonen innretter seg, og de bør stå personlig ansvarlig for resultatene (Lian, 2007). Lederes makt er blant annet knyttet til selve lederstillingen, personlige ferdigheter, kompetanse og informasjonstilgang. Respondentene tok daglig beslutninger basert på makten de hadde i organisasjonen, og de tok ansvar for sin enhets resultater. De ansatte i sykehuset er spesialister innenfor sitt fagfelt, noe som gir dem betraktelig autonomi over arbeidet de utfører. Derfor må ledere i fagbyråkratiet ha tillit hos medarbeiderne både for å ta og å gjennomføre beslutninger. Førstelinjelederne var ikke fortrolig med å assosiere seg med begrepet makt, men arbeidet for å opprettholde tilliten de hadde både vertikalt og horisontalt i organisasjonen. Sørhaug (1996) sier at tillit på indirekte vis er avhengig av makt, og at tilliten avhenger av at det finnes krefter som kan sette grenser. Han sier videre at tillit skaper betingelser og grunnlag for handling og samhandling. Det subjektive handlingsrom kan i følge Strand (2010) ses på som det mandat en leder har til å utøve skjønn og ta risiko, og tillit fra egen ledelse utgjør en del av grunnlaget for mandatet. Førstelinjelederne i undersøkelsen hadde tillit både fra egne ansatte, fra ledere på samme nivå og fra egen ledelse, og dette bidro til at den enkelte leder kunne håndtere motstridende krav. Lederne vektla også det å anvende oppfinnsomhet for å finne løsninger. Hvordan lederen tolker de muligheter hun har i møte med kravene og rammebetingelsene, har i følge Høst (2014) betydning for valg og handling. Molander og Terum (2008) sier at der det er rom for tolkning må leder utøve skjønn og kreativitet. Arbeidsdagen til lederne består av uforutsigbarhet og improvisasjon (Grønhaug, 2011), noe respondentene også bekreftet. For å redusere graden av uforutsigbarhet, anvendte lederne kreativitet for å være i forkant og kunne legge planer for det de trodde ville komme. Lederne brukte også oppfinnsomhet og utøvde skjønn når de måtte ta raske beslutninger og håndtere kritiske situasjoner. Ved å ta risiko fikk de erfaringer de ellers ikke ville fått med hvorvidt noe fungerte eller ikke. Lederne var oppfinnsomme når knappe ressurser skulle fordeles og oppgaver skulle prioriteres, samtidig som kvaliteten på tjenestene skulle ivaretas. Når lederne opplevde at den økonomiske rammen var for liten, anvendte de kreativitet når de skulle formidle utfordringene dette medførte til medarbeidere med en annen forståelseshorisont.

Respondentene vektla helsefaglig forståelse, tillit og oppfinnsomhet som viktige ferdigheter for å håndtere krav de opplevde som motstridende. For å kunne ivareta det helhetlige ansvaret og håndtere dilemmaene de stod i, benyttet respondentene seg av sine spesifikke faglige kunnskaper, holdninger og erfaringer. Utsagnet til respondenten som uttalte at hun ”*hentet ut de tingene i seg som hun som leder ønsket å forsterke*”, synliggjorde den betydning lederne tillia de individuelle ferdighetene de besittet når de ivaretok lederansvaret.

5.1.3 Hvilken form for lederstøtte opplever førstelinjelederne som betydningsfull for å ivareta lederansvaret?

Handlingsrommet påvirkes av den enkelte leders oppfatning av rammene, kjennskap til muligheter og erfaring med utprøving av risiko. For å bruke skjønn og våge å ta risiko trenger ledere tilbakemelding på eget lederskap. Samarbeid med ledere på samme ledernivå var den form for lederstøtte respondentene vektla som mest betydningsfull. Lederrollen er sammensatt og det kan være omfattende for en leder å ivareta alle aktivitetene. Kotter (i Grønhaug, 2011) mener det er av stor betydning at en og samme leder kan betjene alle lederaktivitetene, og støtten førstelinjelederne ga hverandre var derfor viktig for å kunne ivareta lederansvaret. De diskuterte saker i formelle og uformelle møter, delte kunnskap og erfaring, og fant løsninger sammen. Respondentene hadde erfart at veiledningsgrupper som var satt sammen av ledere på ulikt ledernivå og med ulik grunnutdannelse, ikke fungerte hensiktsmessig. Lederne ville imidlertid gjerne delta i slike grupper dersom de bestod av ledere på likt nivå og med lik grunnutdanning. Lederstøtten førstelinjelederne hadde fra egen ledelse bestod mer av informasjon, rettleiding og veiledning. Første- og andrelinjeleder har forskjellige ansvars- og myndighetsområder, noe som i følge Nordby (2009) vil prege deres oppfatninger, tanker, ønsker, preferanser og verdier. Støtten de fikk fra egne ledere skilte seg derfor fra støtten førstelinjelederne hadde seg imellom. Kollegastøtte fra ledere på eget nivå og fra ledernivået over utfylte hverandre, og begge var nødvendig for å ivareta lederansvaret.

En annen lederstøtte som var viktig for respondentene var supporttjenester knyttet til ulike systemområder. De fleste førstelinjelederne hadde et stort kontrollspenn og fravær av denne lederstøtten ville derfor påvirket handlingsrommet. I følge Grønhaug (2011) er ledelses- og administrasjonsaktivitetene knyttet sammen, og dersom lederne måtte bruke unødig tid på administrative oppgaver ville dette gå ut over ledelsesaktivitetene. Førstelinjelederne brukte derimot ikke unødig tid på styringssystemer fordi de hadde god tilgang på supporttjenester. I følge Strand (2010) påvirkes handlingsrommet av den kompetanse lederen besitter.

Respondentene hadde en helsefaglig utdanningsbakgrunn og opplevde å ha begrenset økonomikunnskap. Hybride organisasjoner som sykehus representerer ledelsesutfordringer. I beslutningssammenheng kan det ofte knyttes usikkerhet til om medisinske hensyn skal gjelde, eller om økonomisk/administrative hensyn skal vektas mer. Lederne tok ansvaret for enhetens budsjett, men ønsket å styrke sin kompetanse innenfor systemområdet økonomi for å ivareta lederansvaret bedre.

Respondentene benyttet delegasjon som lederstøtte for å frigjøre tid. Dette ga lederne handlingsrom til å ivareta oppgaver de ikke kunne eller burde delegere. De benyttet seg av skjønn og tillit når de vurderte hva de skulle delegere og til hvem. Lederne anvendte delegasjon når de mente at oppgaver ville bli utført bedre av personalet i enheten, for å utvikle medarbeidernes kompetanse og for å få avlastning. Førstelinjelederne tok også ansvar for oppgaver de mente heller burde vært ivaretatt av personell med driftsteknisk kompetanse. Lederstøtten respondentene ønsket seg var derfor avlastning i form av mulighet til å kunne delegere slike oppgaver til personell med relevant kompetanse.

Lederstøtten respondentene fremhevet som betydningsfull var kollegastøtte, det å ha tilgang på support i forbindelse med ulike systemområder og delegasjon av oppgaver. Respondentene anså supporttjenester og delegasjon som viktig lederstøtte for å frigjøre tid. De hadde tilgang på den systemstøtten de trengte, men ønsket mer kunnskap innenfor økonomiområdet. Utsagnet *”Den lederstøtten som får meg til å vokse selv som leder er den som betyr mest for meg”*, kan understreke at respondenten anså lederstøtte som viktig for å utvikle seg som leder. Det fremkom i vår studie at støtte fra kolleger var den lederstøtten respondentene betraktet som viktigst for å kunne ivareta lederansvaret.

5.2 Konklusjon

Undersøkelsen viser hvordan førstelinjelederne opplever sitt handlingsrom når de skal imøtekomme kravene om å være ansvarlig og helhetstenkende, og synliggjør i hvilken grad anser de sitt ansvarsområde til å gjelde organisasjonen som helhet. Som ledere i spesialisthelsetjenesten har vi erfart hvordan helsereformene har påvirket lederrollen. Det kreves resultater på mange ulike områder som lederne må stå til ansvar for. Reformene har bidratt til en forbedring, blant annet gjennom desentralisering og tydeliggjøring av lederansvaret, og en bedre økonomistyring. Førstelinjeledere i dag baserer sine beslutninger ut

fra et bredere systemfaglig og økonomisk perspektiv enn de gjorde tidligere. Dagens ledere har bedre verktøy og virkemidler for å kunne ivareta lederansvaret.

Vår studie viser at det å sette sykehusledelse i fokus også på lavere ledernivå, sette mål og etterspørre resultater, er med på å synliggjøre sykehusorganisasjonen som helhet. Reformene som har vært gjennomført i helsesektoren har ført til en dreining mot økt grad av accountability for ledere i helsevesenet, noe som bekreftes i vår undersøkelse. Studien viser at førstelinjelederne tar et helhetlig ansvar, og at helsefaglig kunnskap, tillit og kreativitet er grunnleggende for at de skal kunne ta handlingsrom og være accountable. Den gjensidige kollegastøtten førstelinjelederne gir hverandre bidrar til å oppfatte, definere og forme det subjektive handlingsrommet. Undersøkelsen viser at selv om støtte både fra over- og underordnede kollegaer er viktig, er det ledere på samme ledernivå og med samme forståelseshorisont som er den viktigste lederstøtten for førstelinjelederne. Systemstøtte og delegasjon av oppgaver er en form for lederstøtte lederne bruker for å få mer tid, noe som også påvirker handlingsrommet.

Helsefaglig kunnskap og lojalitet til pasientgruppen fremstår i denne studien som sentrale faktorer for ledernes handlingsrom. Førstelinjelederne har et økonomisk-administrativt perspektiv, men lojaliteten til pasienten og tjenestene som skal leveres vektlegges i stor grad. Tilliten lederne har i organisasjonen påvirkes av dette to-veis vindu perspektivet, noe som igjen har betydning for handlingsrommet. Førstelinjelederne er opptatt av å være helsefaglig oppdatert og de utvikler sin ledelseskompentanse gjennom kollegastøtte, studien viser at dette påvirker ledernes handlingsrom.

Førstelinjelederne vi har studert opplever at de har handlingsrom til tross for at de ofte står i dilemmaer som kan synes motstridende. De viser at de benytter både kreative løsninger og tar risiko, noe som forutsetter at de har tillit i sin lederposisjon i organisasjonen. Gjennom vår undersøkelse så vi at selv om en stor del av førstelinjeledernes arbeidsdager går med til å utføre administrativt arbeid, har førstelinjelederne likevel handlingsrom og motivasjon til å lede.

Etter å ha gjennomført denne undersøkelsen er vi blitt styrket i vår tro på at dersom spesialisthelsetjenesten skal nå sine mål, og utvikle gode tjenester, samtidig som medarbeiderne har de arbeidsbetingelser som kunnskapsmedarbeidere trenger, er det

nødvendig at førstelinjeledere har og tar handlingsrom. Arbeidsoppgavene for lederne er i løpet av de senere år gradvis blitt flere og mer rutiniserte. Krav til at det skal foreligge prosedyrer og rutiner på alle områder, samt ulike former for rapporteringer, påvirker ledernes handlingsrom. Hvordan den enkelte leder selv oppfatter, definerer og former sitt ansvar og sitt handlingsrom, vil være avgjørende for hvordan lederen utøver sitt lederskap. Vi fant at respondentene tar handlingsrom samtidig som de er accountable ved å være lojale og rapportere til sine overordnede. Organisasjonen og de ulike stabene bør være oppmerksom på omfanget av arbeidsoppgaver førstelinjelederne har når nye prosedyrer og tiltak innføres, da dette påvirker handlingsrommet. På bakgrunn av de funn vi har gjort vil vi påpeke at det er avgjørende for spesialisthelsetjenesten at ledere på alle nivå har vilje til, og ønske om å lede.

Litteraturliste

- Bang, H. *Delegering – en nøkkel til effektivt lederskap*. Publisert: 5/2007. Magma.
- Busch, T. 2013: *Akademisk skriving*. Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke AS.
- Busch, T. og Vanebo, J.O. 2000, (4. utgave): *Organisasjon, ledelse og motivasjon*. Universitetsforlaget.
- Byrkjeflot, H. og Gulbrandsøy, K. *Både hierarkisk styring og nettverk – En studie av utviklingen i styringen av norske sykehus*. Abstrakt. Tidsskrift for samfunnsforskning 04/2013.
- Byrkjeflot, H. 1999: *Modernisering og ledelse – om samfunnsmessige betingelser for demografisk lederskap*. Doktorgradsavhandling. Bergen: Institutt for administrasjon og organisasjonsvitenskap, Universitetet i Bergen.
- Colbjørnsen, T. 2004: *Ledere og lederskap*. Fagbokforlaget.
- Espedal, B. og Kvitastein, O. A. *Rom for læring: betydningen av handlingsrom for ledelse*. Publisert: 8/2012. Magma
- Fische, C: *Tillit. En grunnleggende forutsetning for lederskap*. Publisert: 3/1998. Magma.
- Grønhaug, K., Hellesøy, O.H., Kaufmann, G. 2011: *Ledelse i teori og praksis*. Fagbokforlaget.
- Haug, K., Kaarbøe, O.M, Olsen, T.E. 2009: *Et helsevesen uten grenser?* Cappelen Damm AS.
- Hoem, S. 2011: *Handlingsrom for mellomledere i spesialisthelsetjenesten*. Masteroppgave. Oslo: Diakonhjemmet Høgskole.
- Holme I. M. og Solvang, B. K. 1989: *Metodevalg og metodebruk*. Tano.
- Høst, T. 2014, (3. utgave): *Å være leder i helse og sosialsektoren*. Universitetsforlaget.
- Håkaby, G.E.O. 2012: *Verdibasert ledelse på førstelinjenivå. Innflytelse på seksjonssykepleierens handlingsrom og relasjon til medarbeideren*. Masteroppgave. Tromsø: Fakultet for humaniora, samfunnsvitenskap og lærerutdanning, Universitetet i Tromsø.
- Jacobsen, D. I. og Thorsvik, J. 2002: *Hvordan organisasjoner fungerer*. Fagbokforlaget.
- Johansen, M. S.: *Penga eller livet? Lederutfordringer i det reformerte norske sykehusvesenet*. Notat 16 – 2005. Stein Rokkan senter for flerfaglige samfunnsstudier, Universitetsforskning Bergen.
- Johansen, S. T. , Olsen, T. H. , Solstad, E., Torsteinsen, H. *Ledelsesutfordringer i hybride organisasjoner: Forslag til et teoretisk rammeverk.. Nordiske Organisasjonsstudier 01/2010*. Abstrakt.

- Kaufmann, G. 2006: *Hva er kreativitet*. Universitetsforlaget.
- Ladegård, G. *Styring eller ledelse*. Publisert: 1/2009. Magma.
- Lian, O. S. 2007, (2. utgave): *Når helse blir en vare*. Høyskoleforlaget.
- Lines, R., Johansen, S. T., Grønhaug, K. *Konsulenter: En bremse på kreativiteten?* Publisert: 3/1998. Magma.
- Llewellyn, S. 2001: *Two-way Windows: Clinicians as Medical Managers*. Abstract.
- Martinsen, Ø.L. (red) 2004, (2.utgave): *Perspektiver på ledelse*. Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Mintzberg, H. *Lederens jobb: folkløse og fakta*. Publisert: 4/1999. Magma.
- Molander, A. og Terum, L. I. 2008: *Profesjonsstudier*. Universitetsforlaget
- Mørk, K. M. og Åsland, M. 2011: *Enhetlig ledelse i sykehus: Bare et slagord? Avdelingslederes refleksjoner om enhetlig ledelse og sitt lederskap*. Masteroppgave. Oslo: Medisinsk fakultet, Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo.
- Naustdal, A.G. *Sjuepleielederen sitt arbeid med kompetanseheving i sykehus - sett i lys av erfaringar med sykehusreforma*. ATM – Skriftserie. Nr. 14 -2008. Stein Rokkan senter for flerfaglige samfunnsstudier, Universitetet i Bergen.
- Nordby, H. 2009: *Kommunikasjon og helseledelse*. Cappelen Akademisk Forlag.
- Paulsen, J. M. *Mellomlederen - den undervurderte endringsagenten*. Tidsskrift for Norsk Bioingeniørfaglig Institutt nr.12/2009.
- Pettersen, I. J., Magnussen, J., Nyland, K., Bjørnenak, T. 2008, (2.utgave): *Økonomi og helse. Perspektiver på styring*. Cappelen Akademisk Forlag.
- Pettersen, I.J. og Solstad, E. 2014: *Managerialism and profession-based logic: The use of accounting in changing hospitals*. Artikkel.
- Postholm M. B. 2010, (2. utgave): *Kvalitativ metode*. Universitetsforlaget.
- Spurkeland, J. 2012 (4.utgave): *Relasjonsledelse*. Universitetsforlaget.
- Skretting, P., Larsen, B.I., Farstad, T.: *Korridorpatienter i indremedisinske avdelinger i 1998 og 1999*. Tidsskriftet for den norske legeforening nr. 22/2000.
- Strand, T. 2010, (2. utgave): *Ledelse, organisasjon og kultur*. Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Sveri, T. 2004: *Strukturer og reformer - En kvalitativ analyse av reformen «enhetlig ledelse» sett i lys av sykehusets arbeidsorganisering*. Hovedoppgave. Sosiologisk institutt, Universitetet i Bergen.

- Sørhaug, T. 1996: *Om ledelse. Makt og tillit i moderne organisering*. Universitetsforlaget AS.
- Thagaard, T. 2013, (4. utgave): *Systematikk og innlevelse*. Fagbokforlaget.
- Thuren, T. 2009 (2. utgave): *Vitenskapsteori for nybegynnere*. Gyldendal.

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjekt

***”Hvordan opplever du som leder ditt handlingsrom når beslutninger skal tas?
Hva påvirker dette handlingsrommet?”***

Bakgrunn og formål

Vi er to masterstudenter i Helseledelse ved Institutt for global helse og samfunnsmedisin, etter- og videreutdanning ved Universitetet i Bergen, som gjennom vår masteroppgave ønsker å belyse lederes opplevelse av eget handlingsrom.

Vi ønsker å intervjuere ledere på ulike ledelsesnivåer i sykehusavdelinger innenfor samme organisasjon.

Hva innebærer deltakelse i studien?

Vi ønsker å gjennomføre et kvalitativt forskningsintervju, der vi begge er tilstede sammen med deltager som intervjues. Vi beregner å bruke omtrent halvannen time per deltager, der spørsmålene vil omhandle ansvar, lederrollen og lederstøtte. Vi vil både ta notater og benytte lydopptak under intervjuet.

Hva skjer med informasjonen fra deg?

Vi følger vanlig prosedyre for etisk behandling av samfunnsvitenskapelige data. Det er kun masterstudentene og veileder som vil ha tilgang til alle innsamlede data. Dokumenter som ikke lagres elektronisk vil oppbevares innelåst slik at konfidensialitet ivaretas. Elektroniske data vil bli lagret på datamaskin med passord. Deltakerne vil ikke kunne gjenkjennes i publikasjonen, enkeltstående sitater fra intervjuene vil gjengis i oppgaven.

Prosjektet skal etter planen avsluttes innen utgangen av 2014. Samtlige personopplysninger og datamateriale vil bli makulert ved prosjektslutt.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Opplysninger fra deg vil da bli slettet.

Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien, ta kontakt med masterstudent Turid Vetaas på telefon xxxx, eller Vibeke Handeland på telefon xxxx.

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta.

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 2

Problemstilling

Hvordan opplever du som leder ditt handlingsrom når beslutninger skal tas?
Hva påvirker dette handlingsrommet ?

Bakgrunnen vår for å se på denne problemstillingen er at det er mange krav som stilles til ledere i dag. Krav fra medarbeidere, overordnede, regelverk, rapporteringer og krav ledere setter til seg selv. Vi ønsker å belyse på hvilken måte den enkelte leders opplevde handlingsrom påvirker deres ønske og vilje til å lede. Kunnskap om dette håper vi kan bidra til å gi innspill til utvikling og veiledning av ledere.

Noen umiddelbare tanker?

INTERVJUGUIDE

Kompetanse og utdanning

- Hvor lenge har du jobbet som leder?
- Hvor mange har du personalansvar for?
- Hva motiverte deg til å søke denne stillingen?
- Hvilken kompetanse og erfaring har du som du har nytte av i din lederstilling?
(Annen type komp enn formell lederutdanning? Evner, ferdigheter, holdninger)

Hvordan opplever du at din styringsrett er innenfor ditt ansvarsområde?

- Har du oversikt over fullmakter? Stillingsinstruks / fullmakts-matrise
- Hvordan påvirker strømmen av informasjon du får handlingsrommet ditt?
- Beslutninger du tar, kan de endres / påvirkes av andre? Ex.
- Blir dine innspill hørt?
- Opplevelse av påvirkning i lederteamet. Ex.
- Har du et eksempel på en situasjon der du har opplevd å ha stort handlingsrom og vice versa?

I hvilke sammenhenger vil du si det er viktig for en leder å kunne være kreativ?

- Problemløsninger. Ex.
- Når nye tiltak / endringer skal iverksettes? Ex.

Hvordan er du delaktig i budsjettprosessen og har du medinnflytelse?

- Kjenner du budsjettet for andre enheter i organisasjonen og hvordan påvirker dette dine avgjørelser?

Lederrollen

- Hva vil du si om leder som rollemodell og på hvilken måte påvirker dette deg i beslutningsprosesser? Motivasjon, krysspress
- Hvordan vil du beskrive deg selv som leder? Tillit hos ansatte
- Hva er det som gjør at du opplever deg som leder? Valgmuligheter
- Hvordan håndterer du situasjoner der lederkravene oppleves som motstridende?

Lederstøtte

- Hvilken form for lederstøtte har du fra leder og medledere?
- Hvilke former for ekstern lederstøtte har du?
- Er det noen av disse som betyr mer for deg?
- Er det noen andre former for lederstøtte du kan tenke deg?

Oppsummering

Vi har nå stilt en del spørsmål for å prøve å belyse på hvilken måte den enkelte leders opplevde handlingsrom påvirker ønsket og viljen til å lede.

Er det noe du vil si avslutningsvis?